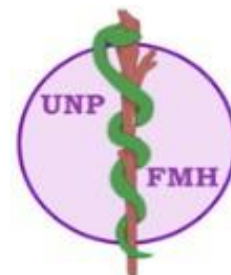




UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN
MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE PIURA – PERÚ, 2019”**

PRESENTADA POR:

Neidy Melendres Huamán

ASESORA POR:

Julio César Castro Castro

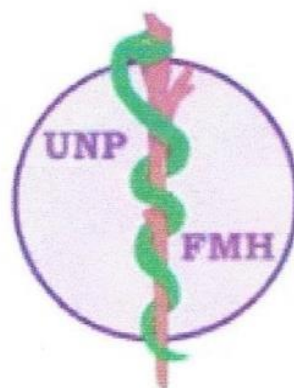
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Salud Mental

PIURA-PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN
MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE PIURA – PERÚ, 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO



Neidy Melendres Huamán
AUTORA



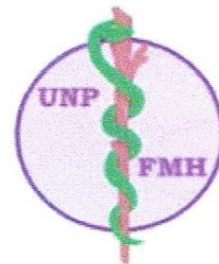
Julio César Castro Castro
ASESOR

PIURA-PERÚ

2019



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN
MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE PIURA – PERÚ, 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO



DR. GLAUCO NICOLÁS
VALDIVIEZO GARCÍA
PRESIDENTE



DR. VÍCTOR OCAÑA GUTIÉRREZ
SECRETARIO



CARLOS HOLGUÍN MAURICCI
VOCAL

PIURA – PERÚ

2019



ACTA DE SUSTENTACION



Ejecutor (es) : **NEIDY MELENDRES HUAMAN**

Asesor : **DR: JULIO CASTRO CASTRO**

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, nombrados con Resolución 101-19-F.CS. del 11/03/19, dictaminan que el Trabajo de Investigación "**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERU, 2019**", presentado por la Bachiller (es) **NEIDY MELENDRES HUAMAN**, para optar el Título de **Médico Cirujano** de la Universidad Nacional de Piura, está en calidad de :


APROBADO				DESAPROBADO
EXCELENTE ✓	SOBRESALIENTE	MUY BUENO	BUENO	

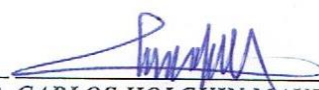
En consecuencia queda en condición de ser calificado **APTO** por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Piura y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO** de conformidad con lo estipulado en la ley.

En fe de lo cual se firma la presente a los Diecinueve días del mes de marzo del 2019

Castilla, 19 de marzo del 2019


DR. GLAUCO VALDIVIEZO GARCIA
PRESIDENTE


DR. VICTOR OCAÑA GUTIERREZ
SECRETARIO


DR. CARLOS HOLGUIN MAURICCI
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones que me ha dado y por ser fuente de esperanza en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis padres, Vilma y Frey por su apoyo incondicional e inspirarme a ser mejor persona cada día.

A mis hermanos, Yeni y Fredy por su motivación constante y confiar siempre en mí.

A mis abuelos Rosa y Raymundo, mi tío Ramiro y mi primo Elvis; por sus consejos enseñanzas y porque ahora desde el cielo guían mi camino.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el Dr. Julio Castro por brindarme parte de su valioso tiempo y contribuir con sus conocimientos y experiencia a realizar un buen trabajo.

A mis amigos que colaboraron en la realización de este estudio, Max, Nicolás, Christian, María de los Ángeles, Diana, Junior y Raisa; por su compromiso y responsabilidad

A una gran amiga, Fani, por su apoyo incondicional y por estar conmigo en buenos y malos momentos.

Al profesor Walter Guerrero y demás profesores de la academia Exitus que permitieron la realización de este estudio en su institución.

A los estudiantes de la academia Exitus, por su predisposición, apoyo incondicional y permitir que este trabajo sea posible.

RESUMEN

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es la primera causa de discapacidad entre los adolescentes. **Objetivo:** identificar la prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, mediante la aplicación de un encuesta conformada por características personales y familiares, además de los test para Depresión Mayor (Escala de Hamilton en los mayores o iguales a 18 años y la Escala de Birleson Modificada para los menores de 18 años) y Distimia (Escala de Distimia del CIE – 10) en una academia preuniversitaria de Piura. Se encuestaron a 635 estudiantes, de los cuales 571 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** La edad media de los postulantes fue de 17,06 años, el 53,9% fueron varones, la prevalencia de Depresión mayor fue de 18,0%, de Distimia de 6,8% y los dos juntos 4,0%. Los factores personales y familiares asociados fueron el sexo femenino, el colegio de procedencia, la relación sentimental y convivencia de los padres, un familiar con algún trastorno mental, la muerte de un familiar cercano y el antecedente de un familiar con conducta suicida. **Conclusiones:** La prevalencia de depresión mayor y/o distimia en los postulantes a la universidad nacional de Piura es alta y está asociada a factores personales y familiares.

Palabras clave: Depresión mayor, Distimia, adolescentes, estudiantes.

ABSTRACT

Mental health is a fundamental and inseparable component of health, according to the World Health Organization (WHO) depression is one of the most frequent mental disorders, it is estimated that affects more than 300 million people in the world and is the first cause of disability among adolescents. **Objective:** to identify the prevalence and factors associated with Major Depression and / or Dysthymia in applicants to Universidad Nacional de Piura - Peru, 2019. **Methods:** an observational, analytical, prospective and cross-sectional study was carried out through the application of a survey formed by personal and family characteristics, in addition to the tests for Major Depression (Hamilton Scale in those older than or equal to 18 years and the Modified Birleson Scale in those under 18 years of age) and Dysthymia (Distiliness Scale of the CIE - 10) in a pre-university academy of Piura. A total of 635 students were surveyed, of whom 571 met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The average age of the applicants was 17,06 years, 53.9% were males, the prevalence of major depression was 18.0%, dysthymia was 6.8% and both 4.0% . The associated personal and family factors were the female sex, the kind of school, the sentimental relationship, family life, family history of mental disorder, the death of a close family member and the history of a family member with suicidal behavior. **Conclusions:** The prevalence of major depression and / or dysthymia in the applicants to Universidad Nacional de Piura is high and is associated to personal and family factors.

Key words: Major depression, dysthymia, adolescents, students.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA.....	13
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Formulación del problema de investigación.....	14
1.3. Justificación e importancia de la investigación.....	14
1.4. Objetivos.....	15
1.5. Delimitación de la investigación.....	16
CAPITULO II: MARCO TEÒRICO	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
Mundiales.....	16
Latinoamérica	18
Nacionales.....	19
Regionales	19
2.2. BASES TEÓRICAS	20
Depresión mayor	23
Trastorno depresivo persistente (distimia)	26
Glosario de términos básicos	32
CAPITULO III: FORMULACION DE LA HIPOTESIS	33
3.1. Variables	33
3.2. Definición y operacionalización de variables.....	34
CAPITULO IV: MARCO METODÒLOGICO	38
4.1. Tipo y diseño del estudio.....	38
4.2. Sujetos de la investigación	38
4.3. Cálculo de la muestra y muestreo.....	39
4.4. Método y procedimientos	39
4.5. Técnicas e instrumentos	40
4.6. De análisis:	41
4.7. Aspectos éticos	44
CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	46
5.1. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
CAPITULO VI: DISCUSION DE RESULTADOS	59
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	62
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características sociodemográficas de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	44
Tabla 02: Características de preparación preuniversitaria de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	45
Tabla 03: Asociación entre las características sociodemográficas personales y Depresión Mayor en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	48
Tabla 04: Asociación entre las características personales y la Depresión Mayor en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	49
Tabla 05: Asociación entre las características familiares y Depresión Mayor en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	50
Tabla 06: Factores personales y familiares asociados a Depresión Mayor en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	51
Tabla 07: Asociación entre las características personales y Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	52
Tabla 08: Asociación entre las características familiares y Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura.....	53
Tabla 09: Factores personales y familiares asociados a Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	54
Tabla 10: Factores asociados a Depresión Mayor y Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Prevalencia de Depresión mayor y/o Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	45
Gráfico 02: Prevalencia de Depresión Mayor y síndrome depresivo en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	46
Gráfico 03: Depresión Mayor y/o Distimia según el sexo de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.....	47
Gráfico 04: Depresión Mayor y/o Distimia según la edad de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura, de acuerdo a la edad.....	47

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años. (1)

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial. (2) Es una de las principales causas globales de morbilidad y la primera de discapacidad entre los adolescentes, (1) (3) ya que puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. (2)

La salud mental es una de las prioridades nacionales y regionales de investigación propuestas por el Instituto Nacional de Salud (INS) para el periodo 2018 -2021 (14). Sin embargo existen pocos estudios nacionales y muy escasos a nivel regional respecto al tema, por lo que la presente investigación es de gran transcendencia en nuestro país y sobre todo en nuestra región ya que pretende cubrir estos vacíos en la literatura médica. De igual manera incentivará la realización de nuevas y profundas investigaciones.

El presente estudio determinó la prevalencia de Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura, encontrándose una prevalencia de Depresión Mayor de 18,0%; 6,8% de Distimia y un 4% de presentación de ambos trastornos. Asimismo se identificó que existen factores personales y familiares asociados a dichos problemas mentales como el sexo femenino, la relación no armónica entre los padres, el antecedente de un familiar con algún trastorno mental entre otros.

Se concluyó que la prevalencia de Depresión mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura es alta y está asociada a factores personales y familiares.

CAPÍTULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años (1).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial. (2) Es una de las principales causas globales de morbilidad y la primera de discapacidad entre los adolescentes (1) (3) , puede convertirse en un problema de salud serio. Cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave la depresión puede causar gran sufrimiento y afectar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (2).

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad (4).

Una de las poblaciones comúnmente afectadas por estos trastornos depresivos son los adolescentes, si bien la mayoría tienen buena salud mental, los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a los problemas de salud mental (2).

La literatura mundial ha reportado diversas tasas de prevalencia de depresión mayor y/o distimia, tal es el caso de Shelli Avenevoli PhD et al (5) en adolescentes de los Estados Unidos donde la prevalencia de vida y 12 meses de Trastorno depresivo mayor fue de 11.0% y 7.5% respectivamente y en Francia se encontró una prevalencia de 10% de la población en general (6).

En países latinoamericanos como Colombia se encontró una prevalencia anual de depresión mayor de 4,1% en una población de 13 a 65 años (7) y del 18% en adolescentes (8). En una población universitaria de Chile se encontró que 27% de los estudiantes

cumple con los criterios diagnósticos para una depresión, de estos el 9,7% presento depresión mayor (9).

El Perú no es ajeno a esta problemática mundial y se ha investigado la prevalencia de la depresión en adolescentes y jóvenes en diversos departamentos, sin embargo en la mayoría de dichas investigaciones se usa instrumentos que limitan a estudiar solo la sintomatología depresiva. Como en el caso de un estudio multicéntrico en estudiantes de medicina de 7 departamentos del Perú se encontró que 13,5% tenía algún grado de depresión (10).

En la región Piura la literatura respecto al tema es muy escasa, en un estudio realizado por Sandoval Ato R et al el 20,4% de escolares de educación secundaria tuvo una leve perturbación del ánimo (11). En este sentido es muy importante el estudio del trastorno de depresión mayor y distimia en adolescentes y jóvenes, más aun si a los factores atribuibles a la edad se le suma un factor estresante como el estar preparándose para postular a una universidad pública del Perú, es por ello que se propone el presente estudio con el objetivo de identificar la prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

1.2. Formulación del problema de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la universidad Nacional de Piura – Perú, 2019?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

La salud mental es parte integral de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que a nivel mundial entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental, sumado a que en el mundo 1 de cada 6 personas tiene entre 10 y 19 años (1), el estudio trastornos mentales como la depresión y la distimia en adolescentes, constituye uno de los pilares fundamentales para mejora de la salud mental. (12)

La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales son clave para ayudar a los adolescentes a prosperar (1). La prevención de la depresión parece factible y puede, además del tratamiento, ser una forma efectiva de retrasar o prevenir la aparición

de trastornos depresivos. Prevenir y/o retrasar estos trastornos puede contribuir a una mayor reducción de la carga de la enfermedad y los costos económicos asociados (13). Es por ello que, su identificación temprana contribuirá a la creación de estrategias dirigidas a fortalecer los factores de protección y mejorar las alternativas a los comportamientos de riesgo. Asimismo la promoción de la salud mental y el bienestar ayuda a los adolescentes a desarrollar la resiliencia para que puedan sobrellevar bien las situaciones difíciles o las adversidades. En consecuencia evitar que se extienda a la edad adulta, afecte la salud física y mental y limite las oportunidades de llevar una vida satisfactoria (1).

La salud mental es una de las prioridades nacionales y regionales de investigación propuestas por el Instituto Nacional de Salud (INS) para el periodo 2018 -2021 (14). Sin embargo existen pocos estudios nacionales y muy escasos a nivel regional respecto al tema, por lo que la presente investigación es importante en nuestro país y sobre todo en nuestra región ya que pretende cubrir estos vacíos en la literatura médica. De igual manera incentivará la realización de nuevas investigaciones sobre el tema.

1.4. Objetivos

- Objetivo general

- Identificar la prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

- Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Determinar la prevalencia de Depresión Mayor en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.
- Determinar la prevalencia de Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.
- Determinar la prevalencia de Depresión Mayor y Distimia en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.
- Identificar los factores personales asociados a Depresión Mayor en la población de estudio.
- Identificar los factores familiares asociados a Depresión Mayor en la población de

estudio.

- Identificar los factores personales asociados a Distimia en la población de estudio.
- Identificar los factores familiares asociados a Distimia en la población de estudio.
- Identificar los factores personales asociados a Depresión mayor y Distimia en la población de estudio.
- Identificar los factores familiares asociados a la Depresión Mayor y Distimia en la población de estudio

1.5. Delimitación de la investigación

- ***Delimitación espacial (lugar de la ejecución):*** El presente estudio se realizará en el Departamento de Piura, en la academia preuniversitaria Exitus, dirigida a preparar estudiantes que postulan a la Universidad Nacional de Piura.
- ***Delimitación temporal (duración del estudio):*** la elaboración del proyecto, su ejecución y la redacción del informe final del estudio durará aproximadamente dos meses.
- ***Delimitación económica:*** será autofinanciado

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mundiales

1. Cairns K et al realizaron una revisión sistemática y metanálisis en adolescentes de 12 a 18 años en el cual se incluyeron 113 publicaciones, en las que se encontró que los posibles factores de riesgo implicados en el desarrollo de la depresión para los cuales existe una base sólida de evidencia, y que son potencialmente modificables durante la adolescencia sin intervención profesional, son: uso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas ilícitas y consumo de drogas múltiples); la dieta y el peso. Los factores de protección modificables con una base sólida de evidencia son una dieta saludable y el sueño (15).

2. En una Revisión sistemática de estudios de prevalencia de depresión en estudiantes universitarios realizada por Ahmed K Ibrahim et al en estudios publicados entre 1990 y 2010, se encontró que las tasas de prevalencia informadas oscilaron entre el 10% y el 85%, con una prevalencia media ponderada del 30,6% (16).
3. En una revisión sistemática realizada por Fond G et al sobre la prevalencia de depresión mayor en Francia en la población general y en poblaciones específicas de 2000 a 2018, se encontró la prevalencia de depresión mayor en los últimos 12 meses fue de alrededor del 8% en la década de 2000 y parece haber aumentado a 10% en la de 2010 (6).
4. Ebert DD et al realizaron un estudio en estudiantes universitarios del primer año, en el cual encontraron la incidencia de trastorno depresivo mayor dentro del primer año de universidad fue de 6.9%. Los factores predictivos de inicio más importantes a nivel individual fueron los planes y/o intentos previos de suicidio. Los factores predictivos de referencia más sólidos a nivel de la población fueron antecedentes de traumas en la infancia y la adolescencia, experiencias estresantes en los últimos 12 meses, psicopatología de los padres y otros trastornos mentales de 12 meses (17).
5. Shelli Avenevoli PhD et al realizaron un estudio en adolescentes de Los Estados Unidos, mediante una Encuesta Nacional de Comorbilidad – Suplemento para Adolescentes (NCS-A) encontrando la prevalencia de vida y 12 meses de TDM fue de 11.0% y 7.5%, respectivamente. Las tasas correspondientes de TDM grave fueron del 3,0% y del 2,3%. La prevalencia de TDM aumentó significativamente en la adolescencia, con aumentos notablemente mayores entre las mujeres que entre los hombres. La mayoría de los casos de TDM se asociaron con comorbilidad psiquiátrica y deterioro severo del papel, y una minoría sustancial informó suicidalidad (5).
6. En un estudio realizado por Zhang Y et al en estudiantes de enfermería de Estados Unidos, sugieren que la mala calidad de sueño se asoció con mayor riesgo de síntomas de ansiedad y depresión (18).

Latinoamérica

7. Agudelo – Martínez et al realizaron un estudio en Medellín – Colombia en el año 2011 en una población de 13 a 65 años, donde se encontró *prevalencia de depresión mayor anual de 4,1%*, los factores personales que se asocian al trastorno de depresión mayor son ser mujer, tener una regular o mala percepción sobre su propia salud mental, no hacer ejercicio, presentar un grado medio de resiliencia; mientras que entre los factores sociales asociados se destacaron aspectos relacionados con la familia como no poder desahogarse y que ésta constantemente realice demandas a sus integrantes (7).
8. Aguirre – Flores et al realizaron un estudio en adolescentes de Colombia, en el cual encontraron que el 16.5% de los estudiantes presentó riesgo suicida; el acoso entre pares manifestó un índice de intensidad entre alta y muy alta de 58.1%; el 38.5% de la población tuvo buena funcionalidad familiar; *el 18% presentó depresión por la escala de Birlson* y la baja autoestima se encontró en 19.6%. Los siguientes factores asociados presentaron relación significativa con riesgo suicida: funcionalidad familiar, depresión, dependencia alcohólica, trastornos de conducta alimentaria, acoso escolar, consumo de cigarrillo y consumo de sustancias psicoactivas (8).
9. Baader M et al realizaron un estudio en estudiantes universitarios de Chile en el cual encontraron que un 27% de los estudiantes cumple con los criterios diagnósticos para depresión, de estos el 9,7% *presento depresión mayor* y un 10,4% estaría cursando con un trastorno bipolar. Asimismo la depresión se asoció significativamente con una mayor tendencia a tener un comportamiento de alimentación anormal, el consumo nocivo de alcohol y el comportamiento autodestructivo (9).
11. En un estudio realizado por Arrieta – Vergara K et al en estudiantes Universitarios de Colombia, encontrando prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos de 76,2% y 74,4% respectivamente. Los factores asociados con síntomas ansiosos fueron: dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol; los relacionados con síntomas depresivos fueron: problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión (19).

Nacionales

12. Rivera R et al realizaron un estudio en Arequipa – Perú en adolescentes en el cual encontraron que 22,4% presenta algún tipo de síntomas depresivos, usando el inventario de depresión de Beck, dentro de los factores asociados encontró el sexo femenino, tener medios hermanos, aquellos que viven solos o con hermanos, provienen de familias reconstituidas, tienen una mala comunicación con los padres, tanto el padre como la madre beben alcohol 3 o más veces a la semana y aquellos cuya familia tiene problemas económicos presentaron mayor sintomatología depresiva (20).
13. En un estudio realizado por Torrel M et al en Trujillo - Perú en adolescentes entre 15 y 18 años, en quienes mediante el test de Zung se encontró que el 29,5% presentó depresión leve y 11,4% depresión moderada, asimismo un gran porcentaje de los adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales y severamente disfuncionales padecen depresión leve y/o moderada (21).
14. Vargas M et al realizaron un estudio en estudiantes de medicina de 7 departamentos del Perú, donde se encontró que el 13, 5% de ellos tenía algún grado de depresión según la escala de Zung. En el análisis multivariable, incrementaron la frecuencia de depresión la mayor cantidad de horas de estudio por día y que el estudiante trabaje; en cambio, disminuyeron la frecuencia de depresión tener horarios similares para comer y un lugar fijo donde conseguir sus alimentos (10).
15. Quiñones D et al realizaron un estudio en pobladores peruanos, en el cual mediante el test de Zung el 32,63% presentó algún grado de depresión y de estos el 25, 42% presentó dependencia alcohólica (22).

Regionales

16. Sandoval – Ato et al realizaron un estudio en alumnos del nivel secundario pertenecientes a las secciones de 1º, 3º y 5º año, en tres instituciones educativas de la ciudad de Piura – Perú, donde encontraron que el 20,1% (58) tenían riesgo suicida, el 15,2% (44) tenía antecedente familiar de suicidio, el 35,3% (102) tenía deseo pasivo

de morir y el 13,2% (38) tuvo planificación suicida en algún momento. La mayoría no tuvo depresión (60,6%) o una leve perturbación del ánimo (19,0%), pero cabe resaltar que hubo casos de depresión grave (4,5%) y depresión extrema (0,7%). Al juntar todas las categorías de depresión, el 20,4% (59) tuvo algún estado depresivo. Asimismo de los que estuvieron deprimidos el 63% tuvieron ideación suicida (11).

2.2. BASES TEÓRICAS

DEPRESIÓN

- **Epidemiología (23)**

Prevalencia: la depresión es muy frecuente en todo el mundo y la prevalencia ha aumentado con el tiempo. Como ejemplo, un estudio comparó la prevalencia de depresión en dos encuestas representativas a nivel nacional de los Estados Unidos; uno se realizó en 1991/1992 y el otro en 2001/2002 (n> 40,000 por estudio). La prevalencia puntual de la depresión mayor se duplicó en este período (3 a 7 por ciento). Sin embargo, parte del aumento puede atribuirse a cambios en los procedimientos para diagnosticar la depresión. La depresión mayor es más común que el trastorno depresivo persistente.

Prevalencia de vida: las encuestas comunitarias representativas a nivel nacional o regional en 14 países encontraron que la prevalencia estimada de vida de depresión mayor unipolar y trastorno depresivo persistente (distimia) en adultos fue del 12% (24).

La prevalencia en los países desarrollados (Estados Unidos y Europa) fue de aproximadamente el 18% (24). En los Estados Unidos, la prevalencia de depresión mayor en la vida fue del 17% y la prevalencia del trastorno depresivo persistente fue del 3% (25)

En los países en desarrollo (p. Ej., República Popular China, México y Brasil), la prevalencia estimada de por vida de depresión mayor unipolar y trastorno depresivo persistente (distimia) fue del 9 % (24).

Esta doble diferencia entre los países desarrollados y en desarrollo puede reflejar una verdadera variación en los determinantes de la depresión debido a factores culturales o genéticos, sesgos de selección de muestra y problemas con la portabilidad intercultural de los criterios de diagnóstico.

Prevalencia de doce meses: en los Estados Unidos, la prevalencia de 12 meses de depresión mayor y trastorno depresivo persistente es de aproximadamente 6 y 2% respectivamente (26).

- **Definiciones de depresión (4)**

El término "depresión" se puede usar de múltiples maneras, lo que puede ser confuso; La depresión puede referirse a un:

- Estado de ánimo, según lo indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza. El estado de ánimo depresivo (disfórico) puede ser normal o un síntoma de un síndrome psicopatológico o un trastorno médico general.
- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir un estado de ánimo depresivo. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente incluyen depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente).

- **Patogenia y factores de riesgo (27)**

La depresión probablemente representa un grupo de trastornos heterogéneos que son fenotípicamente similares. Por lo tanto, la depresión puede considerarse la vía final común de los diferentes procesos de enfermedad que ocurren a través de un continuo biopsicosocial.

La depresión mayor ocurre con más frecuencia en pacientes con factores de riesgo específicos. Estos múltiples factores interactivos constituyen tres vías amplias para el desarrollo de la enfermedad:

- **Factores de internalización.**

- Genéticos
- Neuroticismo
- Baja autoestima
- Trastorno de ansiedad de inicio temprano
- Historia pasada de depresión mayor.

- **Factores de externalización.**

- Genéticos
- Uso indebido de sustancias
- Trastorno de conducta

- **Adversidades**

- Trauma durante la infancia o la edad adulta
- Eventos estresantes de la vida en el año pasado
- Pérdida parental
- Baja calidez parental
- Historia de divorcio
- Problemas maritales
- Bajo apoyo social
- Baja educación

- **Criterios diagnósticos y evaluación (4)**

Se sugiere diagnosticar el trastorno Depresivo Mayor de acuerdo con los criterios del Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Quinta edición (DSM-5). En el DSM-5, los trastornos depresivos que pueden diagnosticarse incluyen:

- Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor).
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno de desregulación del estado de ánimo perturbador.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos.
- Trastorno depresivo debido a otra condición médica.
- Otro trastorno depresivo especificado (por ejemplo, depresión menor).
- Trastorno depresivo no especificado.

Cada uno de los trastornos se caracteriza por disforia (estado de ánimo triste o irritable). Al igual que con otros trastornos psiquiátricos definidos por síndromes, cada trastorno depresivo probablemente representa un grupo de afecciones etiológicamente

heterogéneas, con manifestaciones clínicas similares, que actualmente no son distinguibles y que aún no cuentan con tratamientos dirigidos de manera diferente.

Una alternativa razonable al DSM-5 para diagnosticar trastornos depresivos es la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ma Revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. Para la depresión mayor, los dos conjuntos de criterios son en gran medida los mismos, mientras que para otros trastornos como la distimia, los criterios difieren sustancialmente. La CIE-10 menciona el síndrome de tensión premenstrual (llamado trastorno disfórico premenstrual en el DSM-5) como diagnóstico, pero no proporciona ningún criterio de diagnóstico. La CIE-10 no incluye el trastorno disruptivo de la desregulación del estado de ánimo.

El uso de conjuntos de criterios explícitos para diagnosticar la depresión puede ayudar a evitar el diagnóstico excesivo de los síndromes depresivos sobre la base de algunos síntomas, que pueden atribuirse mejor a otra enfermedad médica (general) o pueden representar síntomas depresivos no "diagnosticables" ("por debajo del umbral"), para los cuales Falta la base de evidencia con respecto al tratamiento. Los metanálisis estiman que entre los pacientes de atención primaria diagnosticados con depresión, **la tasa de falsos positivos es de 15 a 20%**; estos hallazgos deben interpretarse con el reconocimiento de las presiones de tiempo impuestas a los médicos de atención primaria.

Depresión mayor (4)

La depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) se caracteriza por una historia de uno o más episodios depresivos mayores (Tabla 1) y sin historia de manía o hipomanía. Un episodio depresivo mayor se manifiesta con cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas consecutivas; al menos un síntoma debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:

1. Estado de ánimo deprimido casi todo el día, casi todos los días.
2. Pérdida de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades, casi todos los días.
3. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
4. Pérdida de peso significativa o aumento de peso (por ejemplo, 5% dentro de un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

5. Retraso o agitación psicomotora casi todos los días que pueden observar otros.
6. Fatiga o poca energía, casi todos los días.
7. Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o tomar decisiones, casi todos los días.
8. Pensamientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o intento de suicidio

Además, los síntomas causan angustia significativa o deterioro psicosocial, y no son el resultado directo de una sustancia o condición médica general. El duelo no excluye el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.

Tabla 1: Criterios diagnósticos del DSM-5 para un episodio depresivo mayor (4)

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
NOTA: No incluya los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.
1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica un informe subjetivo (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) u observaciones realizadas por otros (por ejemplo, parece lloroso). (NOTA: En niños y adolescentes, puede estar de humor irritable.)
2) Disminuye notablemente el interés o el placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica la cuenta subjetiva o la observación)
3) Pérdida de peso significativa cuando no está haciendo dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (NOTA: En los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observables por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o de desaceleración)
6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo auto reproche o culpa por estar enfermo)
8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su cuenta subjetiva o por lo observado por otros)
9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse
B. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.
C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia u otra condición médica.
NOTA: Los criterios A a C representan un episodio depresivo mayor.
NOTA: Las respuestas a una pérdida significativa (p. Ej., Pérdida de un ser querido, ruina financiera, pérdida por un desastre natural, una enfermedad médica grave o discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. En el criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Si bien estos síntomas pueden ser comprensibles o considerados apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse cuidadosamente. Esta decisión inevitablemente requiere el ejercicio de un juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de la angustia en el contexto de la pérdida.
D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
NOTA: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidas por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
<i>Especificar :</i>
Con angustia ansiosa

Con rasgos mixtos.
Con rasgos melancólicos.
Con rasgos atípicos.
Con rasgos psicóticos.
Con catatonia
Con inicio periparto
Con patrón estacional

B. Trastorno depresivo persistente (distimia) (4)

Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo persistente (distimia) (tabla 2) son casi idénticos a los criterios para el trastorno distímico en el DSM-IV-TR. La principal diferencia es que el trastorno depresivo persistente también incluye a los pacientes con depresión mayor unipolar que dura al menos dos años (lo que se denominó "depresión mayor unipolar crónica" en el DSM-IV-TR).

El trastorno distímico consolidado DSM-5 y la depresión mayor crónica en el trastorno depresivo persistente porque hubo poca diferencia entre el trastorno distímico y la depresión mayor crónica con respecto a la demografía, los patrones de los síntomas, la respuesta al tratamiento y los antecedentes familiares.

El trastorno depresivo persistente se manifiesta con tres o más de los siguientes síntomas durante al menos dos años consecutivos; al menos un síntoma debe ser un estado de ánimo deprimido:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Baja energía o fatiga.
- Baja autoestima
- Deterioro de la concentración o toma de decisiones.

Por lo tanto, los síntomas no son tan numerosos como en la depresión mayor. Pueden ocurrir períodos sin síntomas durante el curso del trastorno depresivo persistente, pero no pueden exceder dos meses consecutivos durante el período de dos años (o más).

El trastorno depresivo persistente causa una angustia significativa o un deterioro psicosocial. El efecto sobre el funcionamiento social y laboral varía, pero puede exceder el de la depresión mayor.

El DSM-5 usa términos para describir si el episodio de trastorno depresivo persistente es un síndrome distímico puro o un episodio depresivo mayor persistente, o incluye episodios depresivos mayores intermitentes. Además, el DSM-5 especifica varios subtipos para los episodios de trastorno depresivo persistente, que incluyen angustia ansiosa, características atípicas, características melancólicas, características mixtas, características psicóticas e inicio periparto.

Tabla 2: Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo persistente (distimia) (4)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante más días que no, según lo indicado por la cuenta subjetiva u observación por otros, durante al menos dos años
NOTA: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.
B. Presencia, mientras está deprimida, de dos (o más) de los siguientes:
1) Pobre apetito o comer en exceso.
2) Insomnio o hipersomnia.
3) Baja energía o fatiga.
4) Baja autoestima.
5) Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones.
6) Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año para niños o adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas en los Criterios A y B durante más de dos meses a la vez.

D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes continuamente durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

NOTA: Debido a que los criterios para un episodio depresivo mayor incluyen cuatro síntomas que están ausentes en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido por más de dos años pero no cumplen con los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad, se les debe dar un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. De lo contrario, se justifica un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o trastorno depresivo no especificado.

Especifique si:

Con angustia ansiosa

Con rasgos mixtos.

Con rasgos melancólicos.

Con rasgos atípicos.

Con rasgos psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.
Con inicio periparto
<i>Especifique si:</i>
En remisión parcial
En plena remisión
<i>Especifique si:</i>
Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.
Inicio tardío: si el inicio es a la edad de 21 años o más.
<i>Especifique si (para los dos años más recientes de trastorno depresivo persistente):</i>
Con síndrome distímico puro: los criterios completos para un episodio depresivo mayor no se han cumplido en al menos los dos años anteriores.
Con el episodio depresivo mayor persistente: los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido a lo largo de los dos años anteriores.
Con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual: actualmente se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor, pero ha habido períodos de al menos ocho semanas en al menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio depresivo mayor completo.
Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual: actualmente no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor, pero ha habido uno o más episodios depresivos mayores en al menos los dos años anteriores.
<i>Especifique la severidad actual:</i>
Templado
Moderar
Grave

- **Manejo terapéutico**

Para el tratamiento inicial de la depresión mayor, se sugiere la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, basada en ensayos aleatorios que encontraron que el tratamiento de combinación fue más efectivo que cualquiera de estos tratamientos solos (28) (29). Una alternativa razonable a la terapia de combinación para el tratamiento inicial de la depresión mayor es la farmacoterapia sola o la psicoterapia sola; los antidepresivos y la psicoterapia han demostrado su eficacia como monoterapia en ensayos aleatorizados (30).

Otros factores a considerar al elegir un régimen de tratamiento son la comorbilidad, los factores estresantes psicosociales y el costo. El uso de la farmacoterapia más la psicoterapia, la farmacoterapia sola o la psicoterapia sola para la depresión mayor unipolar es coherente con las pautas de práctica de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE). Sin embargo, las directrices de NICE recomiendan la psicoterapia para el tratamiento inicial de pacientes con depresión leve, basándose en el criterio de que la relación riesgo-beneficio para la farmacoterapia no justifica su uso para síntomas relativamente leves. (31)

- **Modelo escalonado en el manejo de la depresión**

Figura 1: Modelo escalonado en el manejo de la depresión



A. Psicoterapia (31) (32)

Opciones de tratamiento: las psicoterapias disponibles para tratar la depresión mayor unipolar incluyen:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Psicoterapia interpersonal
- Activación del comportamiento
- Terapia familiar y de pareja
- Terapia de resolución de problemas
- Psicoterapia psicodinámica
- Psicoterapia de apoyo

A. Farmacoterapia Depresiva (32)

Opciones de tratamiento: los antidepresivos de segunda generación disponibles para tratar la depresión mayor unipolar incluyen:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina
- Antidepresivos atípicos
- Moduladores de serotonina

Los antidepresivos de primera generación más antiguos incluyen:

- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Tabla 3: clasificación de los diferentes antidepresivos

Antidepresivos clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Abreviaturas: IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ADT: Antidepresivos tricíclicos (inhibidores de la recaptación de 5-HT y NA); ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

Fuente: elaboración propia.

2.1. Glosario de términos básicos (4)

- **Depresión Mayor.-** Trastorno mental caracterizado por 2 o más episodios depresivos mayores, los cuales duran al menos 2 semanas y está presente un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- **Clasificación de la Depresión Mayor.-** Son brindadas de acuerdo al puntaje obtenido mediante la aplicación de la Escala de Hamilton para Depresión Mayor validada en Perú.
 - **No depresión.-** Un paciente será diagnosticado como no depresión cuando el puntaje según la Escala Hamilton para Depresión Mayor se encuentre entre 0-7 puntos.
 - **Depresión leve.-** Un paciente será diagnosticado como depresión leve cuando el puntaje según la Escala Hamilton para Depresión Mayor se encuentre entre 8-13 puntos.
 - **Depresión moderada.-** Un paciente será diagnosticado como depresión moderada cuando el puntaje según la Escala Hamilton para Depresión Mayor se encuentre entre 14-18 puntos.
 - **Depresión severa.-** Un paciente será diagnosticado como depresión severa cuando el puntaje según la Escala Hamilton para Depresión Mayor se encuentre entre 19-22 puntos.
 - **Depresión muy severa.-** Un paciente será diagnosticado como depresión muy severa cuando el puntaje según la Escala Hamilton para Depresión Mayor se encuentre de 23 puntos a más.
 - **Distimia.-** Trastorno mental caracterizado por es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

CAPÍTULO III: FORMULACION DE LA HIPOTESIS

3.1. Hipótesis general

- H0: No existen factores asociados a depresión mayor y/o distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.
- H1: Existen factores asociados a depresión mayor y/o distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

3.2. Variables

3.2.1. Variable dependientes principales

- Depresión Mayor.
- Distimia.

3.2.2. Variables independientes

Variables personales

- Edad.
- Sexo.
- Lugar de residencia.
- Lugar de nacimiento.
- Colegio de procedencia (Público – privado).
- Relación sentimental (Armónica – No armónica).
- Religión (Practicante – no practicante).
- Carrera a la que postula.
- Número de veces que ha postulado.
- Situación laboral (Trabaja – no trabaja).
- Horas de sueño.

Variables familiares

- Personas con quien vive.
- Presencia de medios hermanos.
- Relación sentimental de los padres (Armónica – No armónica).
- Nivel socioeconómico familiar (Ingreso mensual).
- Familiar con intento de suicidio o suicidio consumado.
- Antecedente de familiar con diagnostico trastorno de depresión mayor, distimia u otro trastorno mental.

3.3. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías/ valor final
VARIABLE DEPENDIENTE/ PRINCIPAL					
Depresión mayor	Trastorno mental caracterizado por 2 o más episodios depresivos mayores, los cuales duran al menos 2 semanas y está presente un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	<u>> 18 años:</u> Trastorno mental caracterizado por 2 o más episodios depresivos mayores, los cuales duran al menos 2 semanas; luego de un test de cribado positivo en la <i>escala de Hamilton para depresión</i> .	- Cualitativa - Politomica	Nominal	0= No Depresión (0-7 puntos) 1= Depresión ligera (8-13 puntos) 2= Depresión moderada: 14-18 3= Depresión severa: 19- 22 4= Depresión muy severa: >23
		<u>< 18 años:</u> Trastorno mental caracterizado por 2 o más episodios depresivos mayores, los cuales duran al menos 2 semanas; luego de la <i>escala de depresión de Birleson Modificada</i>	- Cualitativa - Politomica	Nominal	0= Sin Depresión: Puntaje total: 0 a 13 1= Con síntomas depresivos: Puntaje total:14 a 21 2= Con depresión: Puntaje total: 22 a mas
Distimia	Trastorno mental caracterizado por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (al menos un año, en el caso de los adolescentes) .	Trastorno mental caracterizado por es un estado de ánimo crónicamente depresivo y diagnosticado luego de un test de cribado positivo en <i>la escala para evaluación de distimia del CIE - 10</i>	- Cualitativa - Dicotomica	Nominal	0= No presenta Distimia 1= Presenta Distimia

VARIABLES INDEPENDIENTES – PERSONALES

Edad	Años cumplidos	- Cuantitativa - Continua	Razón	Ficha de recolección
Genero	Sexo biológico	- Cualitativa - Dicotómica	Nominal	0= masculino 1= femenino
Área a la que postula	De acuerdo a la carrera universitaria que aspira estudiar	- Cualitativa - Dicotómica	Nominal	0= ciencias 1= letras 2= Enfermería/medicina
Veces que ha postulado	Número que veces que el participante ha postulado a una vacante en la UNP	- Cuantitativa - discreta	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Colegio de procedencia	Tipo de colegio en el que el participante estudio su secundaria completa	- Cualitativa - Politomica	Nominal	0= publico 1= privado
Lugar de residencia	Domicilio del participante	- Cuantitativa - Dicotómica	Nominal	0= Urbanización 1= Asentamiento Humano
Lugar de nacimiento	Lugar de origen, en el cual nació	- Cuantitativa	Nominal	0= Urbana (Piura, Lima, etc)

		- Dicotòmica		1= Rural (Ayabaca, Huancabamba, etc)
Situación laboral	Condición laboral de la participante	- Cualitativa - Dicotómica	Nominal	0= trabaja 1= No trabaja
Religión	Situación religiosa del participante	- Cualitativa - Dicotómica	Nominal	0= practicante 1= no practicante
Relación sentimental	Situación sentimental ya sea armónica o no armónica entre el participante y su pareja	- Cualitativa - Dicotómica	Nominal	0= Armónica 1= No armónica
VARIABLES INDEPENDIENTES – FAMILIARES				
Nivel socioeconómico familiar	Situación financiera de la participante, a través de ingresos mensuales	- Cuantitativa - Polítomica	Nominal	0= bajo (<500 soles) 1= medio (500 - 750 soles) 2= alto (>750 soles)
convivencia	Personas con quien vive el participante	- Cualitativa - Polítomica	Nominal	0= Padre y/o madre 1= Hermano/a(s) 2= Cónyuge 3= Amigo/a(s) 4= Solo 5= Otros

Presencia de medios hermanos	Que el participante tenga uno o más medios hermanos, es decir hijos de alguno de sus dos padres, pero no de los dos juntos.	<ul style="list-style-type: none"> - Cualitativa - Dicotómica 	Nominal	0 = No 1 = Si
Relación sentimental de los padres	El tipo de relación que comparten los padres del participante, siendo armónica si predomina la comunicación y solución de problemas, de lo contrario será no armónica.	<ul style="list-style-type: none"> - Cualitativa - Dicotómica 	Nominal	0 = No 1 = Si
Familiar con conductas suicidas	Familiar del participante con problemas de conducta suicida ya sea suicidio o intento de suicidio consumado.	<ul style="list-style-type: none"> - Cualitativa - Dicotómica 	Nominal	0= No 1= Si
Familiar con trastorno mental	Familiar de participante con algún diagnóstico y tratamiento para un trastorno mental como depresión mayor, distimia, ansiedad, esquizofrenia, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Cualitativa - Dicotómica 	Nominal	0= No 1= Si

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño del estudio

Enfoque

- Estudio Cuantitativo

Diseño

- Según la intervención del investigador: **Observacional.**
- Según la planificación de la toma de datos: **Prospectivo.**
- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio: **Transversal.**
- Según el número de variables de interés: **Correlacional – Analítico.**

4.2. Sujetos de la investigación

- *Universo:*

Está constituido por todos los estudiantes pre universitarios del departamento de Piura

- *Población*

La población estará conformada por los 819 estudiantes de la academia pre universitaria “Exitus” inscritos en el ciclo Enero – Marzo del 2019 y postulan a la Universidad Nacional de Piura, divididos en 3 áreas: Ciencias, letras y medicina.

- *Criterios de selección*

Criterios de inclusión

- Estudiantes preuniversitarios del ciclo Enero – Marzo 2019 de la academia Exitus que se encuentren preparando para ingresar a la Universidad Nacional de Piura.
- Estudiantes presentes el día de la realización del estudio.
- Estudiantes mayores o iguales a 18 años que firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes menores de 18 años, cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado y que ellos firmen el asentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes pre universitarios que no pertenezcan al ciclo Enero – Marzo 2019 de la academia Exitus.

- Estudiantes que no asistan el día de la realización del estudio.
- Estudiantes mayores o iguales a 18 años que no firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes menores de 18 años, cuyos padres o tutores no firmen el consentimiento informado o que ellos no firmen el asentimiento informado.
- Estudiantes cuyas encuestas estén incompletas o mal llenadas.

4.3. Cálculo de la muestra y muestreo

Se determinó una población de 819 postulantes a la Universidad Nacional de Piura del ciclo Enero – Marzo 2019. Teniendo como parámetros: nivel de confianza del 95% (IC), 5% de margen de error (e), distribución de respuestas del 50% (p) y un tamaño poblacional de 819 (N).

La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

N: Tamaño poblacional

p: proporción de individuos con la característica del estudio.

n: tamaño de la muestra

Z: constante dependiente del nivel de confianza.

e: límite de error muestral aceptable.

A partir de esto se determinó un tamaño muestral de 262 postulantes a la Universidad Nacional de Piura.

4.4. Método y procedimientos

Para la recolección de datos se seguirá los siguientes pasos:

- Se solicitará autorización para realizar el estudio en la academia preuniversitaria “Exitus” de Piura, mediante una solicitud dirigida al Director de dicha institución (ANEXO 1).
- Se solicitará apoyo a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Piura, elegidos por conveniencia, con único requisito que hayan llevado el curso de

psiquiatría.

- Se capacitará a los colaboradores, explicándoles los objetivos del proyecto y sobre todo las encuestas que se van a utilizar, como resolver las posibles preguntas de los participantes y como proceder el día de la ejecución del estudio.
- Se elegirá por conveniencia un día del mes de febrero del presente año para la realización del estudio.
- Dos días antes de la ejecución se entregará a los estudiantes menores de 18 años un consentimiento informado (ANEXO 2), se les explicará brevemente del estudio y que deben hacerlo firmar por sus padres o tutores encargados para poder participar del estudio.
- El día de la ejecución se entregará un consentimiento informado a los profesores encargados de cada aula de estudio (ANEXO 3), el cual deberán firmar antes de la aplicación del estudio.
- Posteriormente los encuestadores explicarán brevemente sobre el estudio en cada aula, se entregará consentimiento informado a los estudiantes mayores o iguales a 18 años (ANEXO 4), los que firmen y acepten participar voluntariamente del estudio se les entregará la encuesta estructurada para este grupo (ANEXO 6); en el caso de los menores de 18 años se recibirá el consentimiento informado de sus padres o tutores encargados, a los que entreguen dicho documento se les dará un consentimiento informado (ANEXO 5) que deberán firmar antes de entregarles la encuesta designada para este grupo (ANEXO 7).
- Con la información obtenida, se procederá a codificar en un sistema de base de datos en el programa Microsoft Excel.
- Se procederá al respectivo análisis estadístico, de acuerdo a los objetivos del estudio, mediante el programa ESTADISTICO R.
- Finalmente se procederá a la redacción de los resultados y elaboración del manuscrito final para su posterior presentación final a la facultad de ciencias de la Salud – Escuela de Medicina.
- Una copia del manuscrito final se entregará a las autoridades de la Academia Exitus, para su intervención respectiva.

4.5. Técnicas e instrumentos

- *Técnicas de muestreo:* probabilístico simple

- *Técnicas de recolección de datos:* de campo
- *Instrumentos de recolección de datos:*

Se utilizará 2 encuestas estructuradas, una para los estudiantes mayores o iguales a 18 años y la otra para aquellos que tengan menos de 18 años; cada una de las encuestas estará conformada por 3 módulos.

- ***Instrumento para estudiantes mayores o iguales a 18 años (Anexo 6).***

Dividida en 3 módulos, el *MÓDULO 1* estará conformado por las características personales y familiares del participante, el *MÓDULO 2* evaluará el trastorno de *depresión mayor mediante la escala de Hamilton* y el *MÓDULO 3* conformado por la *escala de evaluación distímica*.

- ***Instrumento para estudiantes menores de 18 años (Anexo 7).***

Dividida en 3 módulos, el *MODULO 1* igual que la población anterior estará conformado por las características personales y familiares del participante, el *MODULO 2* evaluará el trastorno de *depresión mayor mediante la escala de Birleson Modificada* y el *MODULO 3* conformado por la *escala de evaluación de trastorno distimico (N y A)*.

4.6. De análisis:

Se creará una base de datos en el programa ESTADISTICO R; con el cual, se realizará un análisis estadístico descriptivo e inferencial de la información:

Estadística descriptiva. Para las variables categóricas se usarán medidas de distribución de frecuencias y prevalencias. Las variables intervalares se representarán mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) tras evaluación de la distribución de la normalidad mediante la prueba de Shapiro Wilk.

Estadística inferencial: para comprobación de la hipótesis del estudio, se trabajará con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia estadística $p < 0,05$. De este modo de determinará la asociación entre las variables dependientes (Depresión mayor y/o Distimia) y el resto de variables independientes.

Para el análisis bivariado se efectuará dependiendo de la naturaleza de las variables. Si la variable independiente es cualitativa, se procederá a encontrar los “valores esperados” si menos del 20% son menores o iguales a 5, entonces se utilizará la prueba de Chi cuadrado, caso contrario se utilizará la prueba Exacta de Fisher. Por otro lado si la variable independiente es cuantitativa, en primer lugar se determinará la normalidad de esta variable, si la variable numérica es normal se usara T-student, caso contrario se utilizará la prueba de Suma de rangos de Wilconson.

Para el análisis inferencial se trabajará con un nivel de confianza de datos de 95%. En la estadística bivariada se obtendrán los valores p y razones de Odd crudos –ORc- (con su respectivo intervalo de confianza al 95%) mediante la prueba de regresión logística (si la prevalencia obtenida es menor del 10%) o mediante los modelos lineales generalizados con la familia Binomial/Poisson mas la función enlace log (si la prevalencia obtenida es mayor del 10%). Para esta sección se tomara en cuenta al valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

- ***Confiabilidad y validez de los instrumentos***

La presente investigación se realizará mediante la aplicación de una encuesta anónima auto administrada a los estudiantes de la Academia Preuniversitaria Exitus que postulan a la Universidad Nacional de Piura, se numerará cada encuesta con el fin de codificar la información, asimismo los datos recogidos solo serán utilizados con fines de investigación y manejada solo por la autora e investigadores colaboradores ajenos a la población de estudio.

La validez de cada test que conformará las encuestas a utilizar en los dos grupos se describe a continuación:

- ***Escala Hamilton para depresión que tiene un formato tipo Lickert (34)***

Es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación (véase Anexos).

Su versión original constaba de 21 ítems, pero luego se realizó una versión con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión en castellano se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. La validez de esta escala oscila entre 0,8 y 0,9; teniendo así una sensibilidad de 85% para detección

de depresión en población general y en el área clínica. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la medición de gravedad del trastorno depresivo se realiza mediante los siguientes puntos de corte:

- No depresión (0-7 puntos)
- Depresión Ligera (8-13 puntos)
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: ≥ 23

- ***Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes***
(35)

En el 2005 validada en Perú, Roxana Vivar *et al*, validan la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes. Con el fin de incluir un mejor número de síntomas depresivos mediante la escala de Birleson, se realizó una adaptación a la escala original, agregando los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida de placer por compartir con pares; se retiró el ítem “me gusta hablar con mi familia”, por considerarlo poco específico para el trastorno depresivo. Se realizaron algunos cambios de vocablos de acuerdo a la cultura peruana, para asegurar una mayor comprensión de la escala por parte de los pacientes.

En este estudio que incluyó niños y adolescentes (8-18 años), de ambos sexos. La confiabilidad hallada en cada uno de los grupos estudiados fue diferente. El índice de Pearson fue de 0.89 en el grupo de pacientes deprimidos, de 0.78 en el grupo sano o normal y de 0.54 en el de Trastorno de Ajuste con síntomas depresivos (TAD), lo cual indica que esta escala es altamente confiable para hacer el diagnóstico de depresión mayor, depresión doble y distimia y es menos confiable para diagnosticar trastorno de ajuste con síntomas depresivos.

La consistencia interna de la prueba medida por el coeficiente alfa de Cronbach en el grupo de pacientes deprimidos de 0.73, es exactamente igual al obtenido por Asamow y Carlson y ligeramente inferior al reportado por De la Peña y col e Ivarsson debido probablemente a que en este estudio se incluyó pacientes con diagnóstico de distimia, a diferencia de los autores previamente citados que solo han considerado pacientes con

diagnóstico de depresión mayor.

- ***Escala CIE 10 para Distimia que tiene un formato tipo Lickert.***

La escala de evaluación de Distimia consta de 4 ítems basados en preguntas cerradas con las opciones “sí” y “no”.

- Será positivo si:
 - En el ítem 1 el paciente responde “sí” y en el ítem 2 responde “no”.
 - En el ítem 3 que se subdivide en 6 ítems, responde “sí” a 2 o más de estos.
 - En el ítem 4 responde “sí”.

4.7. Aspectos éticos

Los participantes del estudio a realizar no estarán sujetos a riesgos para la salud y tampoco implica transgresiones al honor, asimismo no se realizará ninguna modificación intencionada de variables propias del individuo. Se garantizará el manejo ético y confidencial de la información y por ningún motivo se revelarán públicamente los datos personales que se registren en cada encuesta, mucho menos se compartirán con terceros. Los resultados del estudio se utilizarán únicamente con fines académicos e investigativos. En este estudio se cumplirán con los cuatro principios fundamentales de la ética médica:

Principio de Autonomía: en el estudio se utilizará consentimiento informado y los estudiantes participaran de manera voluntaria. Para el caso de los que tengan mayor igual a 18 años el consentimiento informado será firmado por ellos mismos antes de la aplicación del estudio; en el caso de los menores de 18 años se contará con el consentimiento informado de los padres o tutores encargados, consentimiento informado de profesores encargados de cada aula y un asentimiento informado de los adolescentes, los tres serán firmados antes del llenado de la encuesta.

Principio de Justicia: se respetarán los derechos de todos los participantes por igual.

Principio de beneficencia / no maleficencia: el trabajo no compromete la vida, la salud o el honor de las personas, se evitará en todo momento herir la susceptibilidad de los encuestados.

Confidencialidad: Toda la información recolectada en el presente trabajo será para uso exclusivo de la investigación científica.

4.8. Limitaciones

El estudio tuvo la limitación principal del sesgo de información, ya que algunos encuestados tuvieron conductas de desobediencia e indisciplina durante la resolución de la encuesta, otros quedaron excluidos ante la negativa de los padres a que participen en la investigación; se cree que todo esto forma parte de las manifestaciones de un ambiente/comportamiento que muestra patrones problemáticos y de trastornos de la esfera mental.

Otra limitación puede darse por los test usados, ya que no es el patrón de oro (la consulta psiquiátrica), sin embargo, son pruebas que han sido generadas para la realización de estudios en grandes poblaciones y que tienen buenos resultados estadísticos de validez interna.

Por último, este estudio fue de carácter transversal, la generalización es limitada y no se pudieron establecer asociaciones temporales. Aparte de eso, el diagnóstico no pudo ser confirmado por los psiquiatras debido a problemas de viabilidad. Sin embargo, los resultados pueden tomarse como preliminares, esto debido a que comparten características con otras muchas instituciones de la región y de ciudades similares.

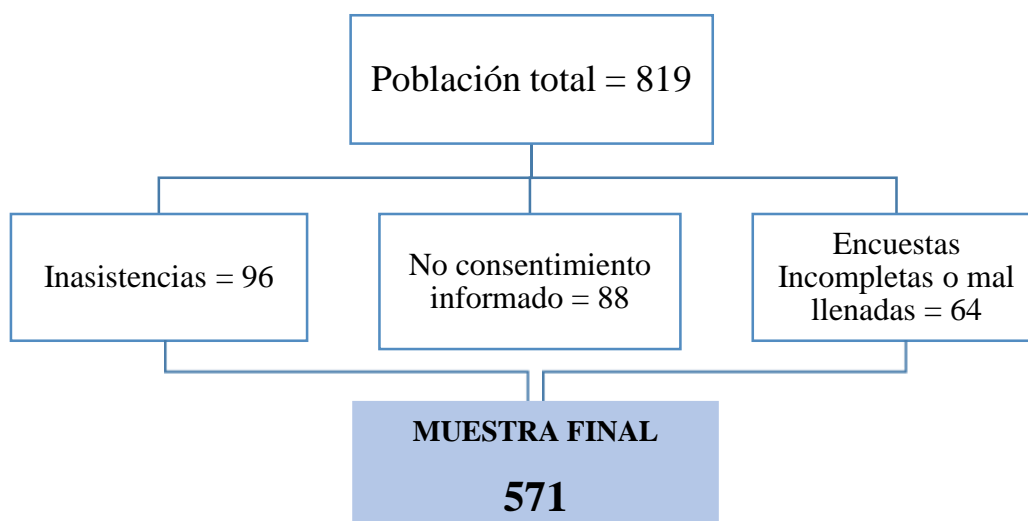
CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

- *De la muestra del estudio*

La ejecución del estudio se llevó a cabo el día 19 de febrero del presente año, se acudió a los dos locales de la Academia pre universitaria, ubicados en la AV. Tacna y Urbanización Miraflores, donde se encuentran preparando los postulantes a la UNP del ciclo Enero – Marzo, 2019. Se contó con la colaboración de 7 encuestadores (Estudiantes de Medicina de la UNP, previamente capacitados)

La población total fue de 819 estudiantes distribuidos en 19 aulas conformadas por 29 a 58 alumnos aproximadamente. El día de la aplicación del estudio se registró 96 inasistencias, además 88 no entregaron consentimiento de sus padres o no firmaron asentimiento en el caso de los menores de 18 años. En total fueron encuestados 635 de los cuales se eliminaron 64 encuestas por estar incompletas o mal llenadas. La muestra final fue de 571 postulantes a la Universidad Nacional de Piura.



1. Características sociodemográficas de Postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019

De los 571 postulantes, el 53, 9% era del sexo masculino, la edad media fue de 17,06 años. Predominó el grupo de menores de 18 años con un 74,8% (427), la mayoría nació en zona urbana (65,7%) y reside actualmente en un asentamiento Humano (63,6%). El tipo de colegio en el que los postulantes terminaron su secundaria en su mayoría fue

público (65%), asimismo más de la mitad de la población (65,7%) practica algún tipo de religión. Solamente un 5,9% contestó que estudia y trabaja a la vez (*Tabla 01*).

Tabla 01: Características sociodemográficas de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características Personales	n	%
Edad		
≥ 18 años	144	25,2
< 18 años	427	74,8
Sexo		
Masculino	308	53,9
Femenino	263	46,1
Lugar de Nacimiento		
Urbano	375	65,7
Rural	196	34,3
Lugar de Residencia		
Urbanización	208	36,4
Asentamiento Humano	363	63,6
Tipo de colegio		
Privado	200	35,0
Público	371	65,0
Religión		
Practicante	375	65,7
No practicante	196	34,3
Situación laboral		
Trabaja	34	5,9
No trabaja	537	94,1

En cuanto a las características de su preparación preuniversitaria la mayoría postula para a carreras pertenecientes al **área de Ciencias** como los diversos tipos de Ingenierías, Ciencias Biológicas, Estadística y otras; casi un cuarto de los estudiantes (23,8%) aspira a una vacante para la carrera de **Medicina Humana** y el resto al **área de letras** conformada por carreras como Derecho, Administración, ciencias de la comunicación y otras. De acuerdo al número de veces que habían postulado para obtener una vacante en la Universidad Nacional de Piura, un 53, 4% se está preparando para su primera postulación, de los que ya habían postulado predominaron los que lo habían hecho una vez (24,3%) (*Tabla 02*).

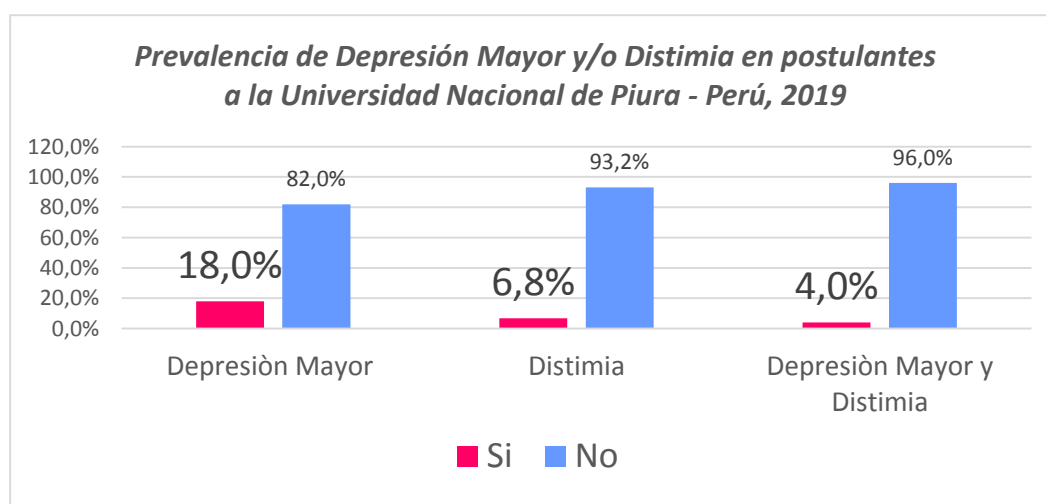
Tabla 02: Características de preparación preuniversitaria de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características Personales	n	%
Área		
Ciencias	288	50,5
Letras	147	25,7
Medicina Humana	136	23,8
Nº Postulaciones		
0	305	53,4
1	139	24,3
2	82	14,4
3	29	5,1
4	13	2,3
5	3	0,5

2. Prevalencia de Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Se encontró una prevalencia de Depresión Mayor de **18,0%(103)** en postulantes a la Universidad Nacional de Piura mediante la *escala de Hamilton* para depresión en el caso de los estudiantes mayores o iguales a 18 años y a través de la *escala de Birlson Modificada* para depresión en los menores de 18 años. Asimismo una prevalencia de **6,8%(39)** del trastorno depresivo persistente (Distimia). De los 571 postulantes 23 presentan ambos trastornos depresivos, siendo la prevalencia **de 4,0% (Figura 01)**.

Gráfico 01: Prevalencia de Depresión mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

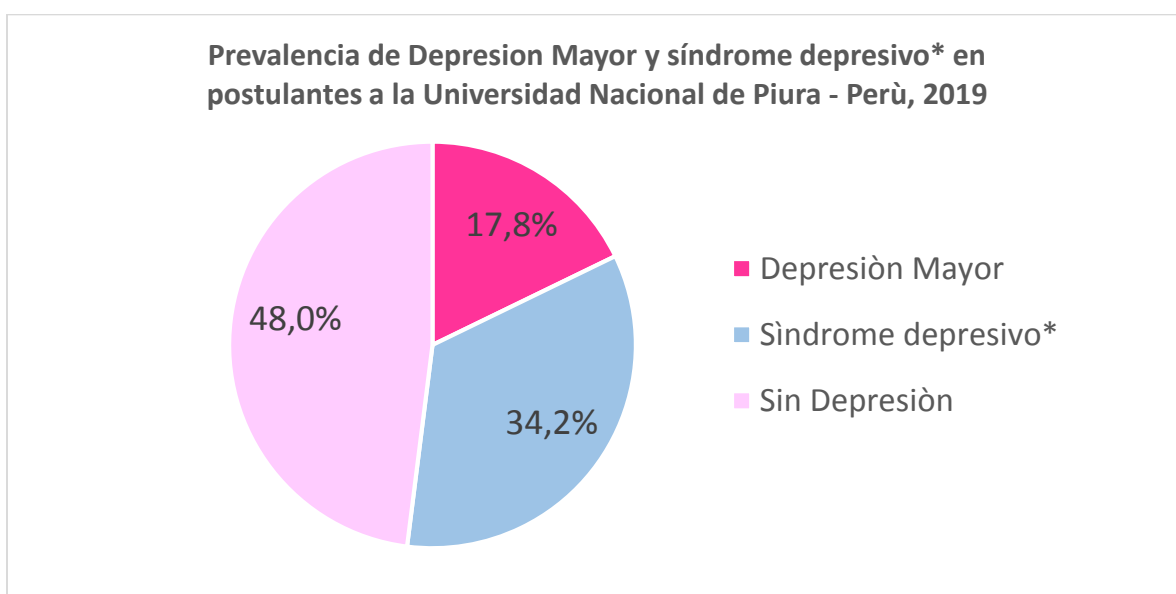


Fuente: Encuesta de estudio “Prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

2.1. Prevalencia de Depresión Mayor y “síndrome depresivo” en postulantes a la Universidad de Piura – Perú, 2019.

La Escala de Birleson Modificada usada para depresión en menores de 18 años, además de diagnosticar a los que presentan Depresión mayor también identifica a aquellos con sintomatología depresiva, siendo en este estudio **34,2%** (146), de tal modo que al menos un **52%** (222) del total presenta algún síntoma depresivo. Este llamado “síndrome depresivo” puede terminar en Depresión mayor, por lo que es importante mencionarlo (*Gráfico 02*).

Gráfico 02: Prevalencia de Depresión Mayor y síndrome depresivo en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

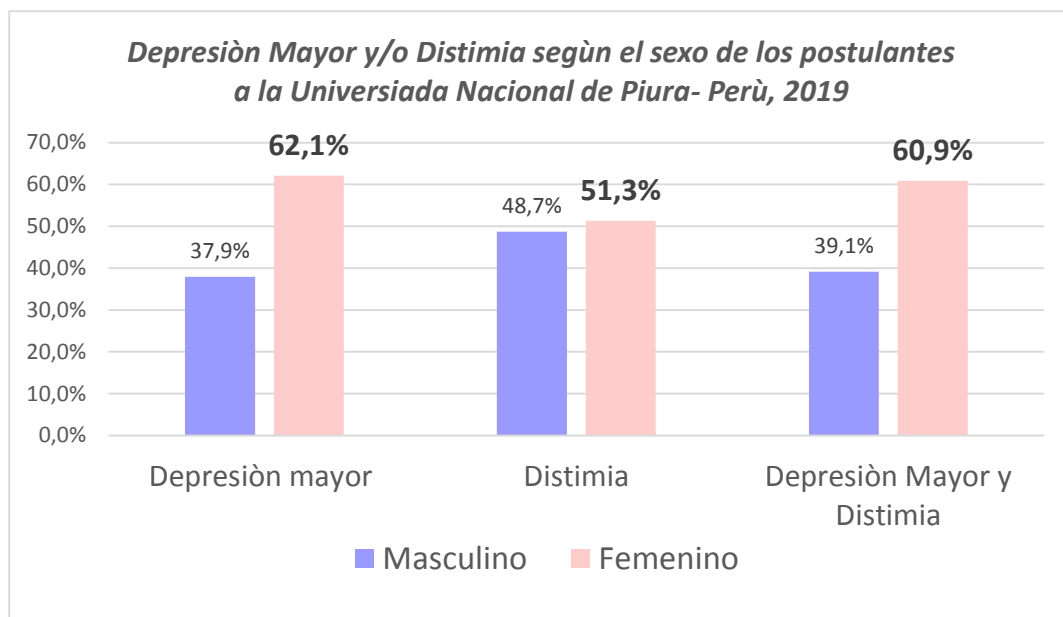


Fuente: Encuesta de estudio “Prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Depresión Mayor y/o Distimia según el sexo de los postulantes a la Universidad de Piura – Perú, 2019

Se encontró que estos trastornos mentales predominaron en el sexo femenino, de tal modo que el 62,1% de los que tuvieron Depresión Mayor fueron mujeres, en el caso de Distimia se encontró una mínima diferencia en cuanto al sexo. La presentación simultanea de Depresión Mayor y Distimia en su mayoría también afecta a las mujeres (60,9%) de este grupo de estudio (*figura 03*).

Figura 03: Depresión Mayor y/o Distimia según el sexo de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

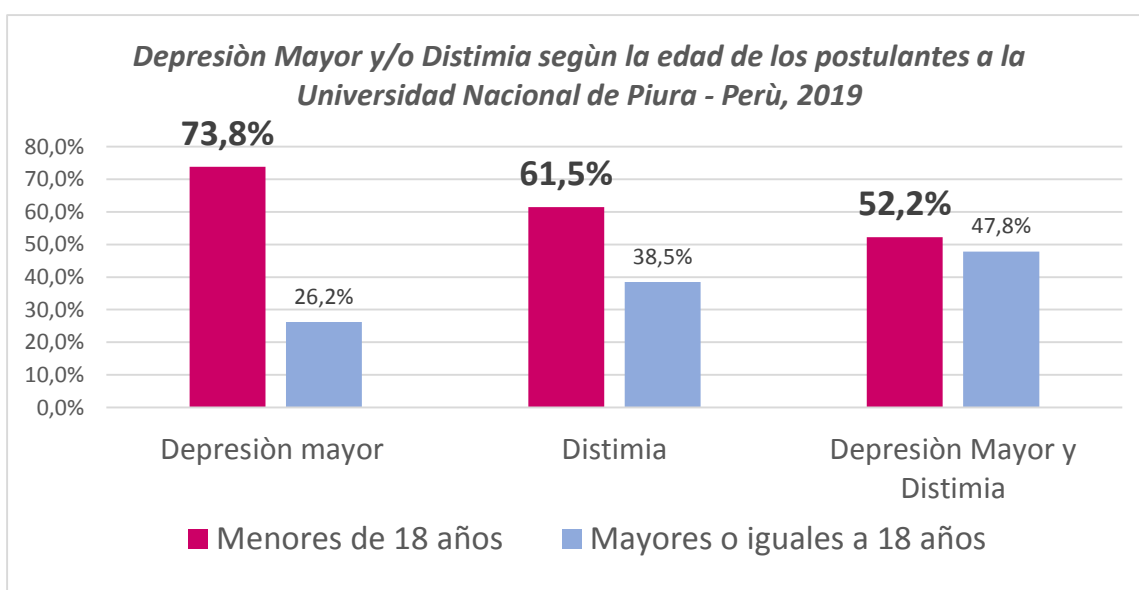


Fuente: Encuesta de estudio “Prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Depresión Mayor y/o Distimia según la edad de postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Se encontró que tanto la Depresión Mayor, Distimia y la presentación simultánea de estos dos trastornos predominó en aquellos que tenían una edad menor de 18 años (**Figura 04**).

Figura 04: Depresión Mayor y/o Distimia según la edad de los postulantes a la Universidad Nacional de Piura, de acuerdo a la edad.



Fuente: Encuesta de estudio “Prevalencia y factores asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

3. Factores personales y familiares asociados a Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019

Análisis Descriptivo

3.1. Factores personales asociados a Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Dentro del análisis descriptivo, en las **tablas 03 y 04** se muestra las frecuencias y porcentajes de las características personales estudiadas, se encontró asociación entre el *sexo, el tipo de colegio en el que estudió su secundaria, presencia de Distimia* y la Depresión mayor con un valor de $p < 0,05$ mediante las pruebas de Chi2 o Exacta de Fisher de acuerdo a los valores esperados. Otras características como la edad, el lugar de nacimiento, lugar de residencia, la religión, la relación sentimental y la situación laboral, el número de postulaciones no resultaron asociadas. (**Tabla 03 y Tabla 04**).

Tabla 03: Asociación entre las características sociodemográficas personales y la Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características Personales	Depresión Mayor N (%)		p^a
	No	Si	
Edad			
≥ 18 años	117 (25,0)	27 (26,2)	0,797**
<18 años	351 (75,0)	76 (73,8)	
Sexo			
Masculino	269 (57,5)	39 (37,9)	< 0,001**
Femenino	199 (42,5)	64 (62,1)	
Lugar de Nacimiento			
Urbano	303 (64,7)	72 (69,9)	0,318**
Rural	165 (35,3)	31 (30,1)	
Lugar de Residencia			
Urbanización	165 (35,3)	43 (41,8)	0,215**
Asentamiento Humano	303 (64,7)	60 (58,2)	
Tipo de colegio			
Privado	153 (32,7)	47 (45,6)	0,013**
Publico	315 (67,3)	56 (54,4)	
Relación Sentimental			
Si	98 (20,9)	27 (26,2)	0,241**
No	370 (79,1)	76 (73,8)	
Religión			
Practicante	312 (66,7)	63 (61,2)	0,287**

No practicante	156 (33,3)	40 (38,8)	
Situación laboral			
Trabaja	27 (5,8)	7 (6,8)	0,690*
No trabaja	441 (94,2)	96 (93,2)	

*Exacta de fisher, **Chi2

Tabla 04: Asociación entre las características personales y la Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características Personales	Depresión Mayor n (%)		p ^a
	No	Si	
Área			
Ciencias	245 (52,4)	43 (41,8)	0,128**
Letras	114 (24,4)	33 (32,0)	
Medicina Humana	109 (23,2)	27 (26,2)	
Nº Postulaciones			
Ninguna	250 (53,4)	55 (53,4)	0,997**
1 a mas	218 (46,6)	48 (46,6)	
Horas de sueño			
> horas	203 (43,4)	38 (36,9)	0,228**
≤ 6 horas	265 (56,4)	85 (63,1)	
Distimia			
No	452 (96,6)	80 (77,7)	< 0,001*
Si	16 (3,4)	23 (22,3)	

*Exacta de fisher, **Chi2

3.2. Factores familiares asociados a Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Se estudiaron diversas características familiares, dentro de las cuales las que se encontró asociación entre la relación sentimental de los padres ($p < 0,001$), la convivencia con los padres ($p = 0,009$), antecedente de muerte de familiar cercano ($p = 0,045$) y el tener un familiar con problemas de conducta suicida (se suicidó o intento suicidarse) ($p < 0,001$) y la Depresión mayor demostrándose la independencia de las variables, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se demuestra la hipótesis alternativa que existen factores personales asociados a Depresión Mayor en los postulantes a la Universidad Nacional de Piura. Otras variables como la presencia de medios hermanos o el antecedente de familiar con trastorno mental, no resultaron asociadas (**Tabla 05**).

Tabla 05: asociación entre las características familiares y la Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características Familiares	Depresión Mayor n (%)		p ^a
	No	Si	
Relación Sentimental Padres			
Armónica	398 (85)	67 (65)	< 0,001**
No Armónica	70 (15)	36 (35)	
Medios Hermanos			
No	229 (48,9)	45 (43,7)	0,335**
Si	239 (51,1)	58 (56,3)	
Convivencia con los padres			
Si	392 (83,8)	75 (72,8)	0,009**
No	76 (16,2)	28 (27,2)	
Muerte de Familiar en el último año			
No	303 (64,7)	56 (54,4)	0,045**
Si	165 (35,3)	47 (45,6)	
Familiar con Trastorno Mental			
No	418 (89,3)	85 (82,5)	0,054*
Si	50 (10,7)	18 (17,5)	
Familiar se suicidó o intento suicidarse			
No	410 (87,6)	76 (73,8)	< 0,001**
Si	58 (12,4)	27 (26,2)	

*Exacta de fisher, **Chi2

Análisis Inferencial y contrastación de hipótesis: Bivariado

Al realizar el análisis bivariado se obtuvo los valores p y las razones de prevalencia Rp (con su respectivo intervalo de confianza al 95%, mediante modelo lineal generalizado, familia binomial (prevalencia > 10%). Se tomó como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. De esta manera se encontró como factores asociados a depresión mayor el sexo ($p < 0,001$), las mujeres tienen 1,9 veces más de presentar depresión mayor que los varones, además los que tienen distimia tienen 3,9 veces más prevalencia de presentar Depresión mayor, por otro lado el haber estudiado en un colegio público su secundaria aumento el riesgo de presentar depresión mayor. Otras características asociadas a depresión mayor en este estudio fueron una relación no armónica de los padres ($p < 0,001$), el no vivir con sus padres ($P = 0,007$), el antecedente de muerte de un familiar cercano el último año ($P = 0,048$) y el que un familiar cercano haya intentado suicidarse o se haya suicidado $p < 0,001$) (Tabla 06).

De los factores personales y familiares analizados se obtuvo valores p estadísticamente significativos, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa demostrando que existen factores personales y familiares asociadas a Depresión mayor (*Tabla 06*).

Tabla 06: Factores personales y familiares asociados a Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características	Bivariado		
	RP	IC 95%	p^*
Sexo			
Masculino		Ref.	< 0,001
Femenino	1,92	1,33 – 2,76	
Tipo de Colegio			
Privado		Ref.	0,013
Público	1,64	1,45 – 1,90	
Distimia			
No			< 0,001
Si	3,92	2,81 – 5,45	
Relación Sentimental Padres			
Armónica		Ref.	< 0,001
No Armónica	2,35	1,66 – 3,33	
Convivencia con los Padres			
Si		Ref.	0,007
No	1,67	1,14 – 2,44	
Muerte de Familiar en el último año			
No		Ref.	0,048
Si	1,42	1,05 – 2,01	
Familiar cercano con trastorno mental			
No			0,046
Si	1,56	1,05 – 2,43	
Familiar se suicidó o intento suicidarse			
No		Ref.	< 0,001
Si	2,03	1,39 – 2,95	

Rp: Razon de prevalencia

IC: intervalos de confianza de 95%

**Resulta de Modelos lineales generalizados, familia binomial*

Nivel de significancia de 0,05

4. Factores Personales y Familiares asociados a Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

4.1. Factores personales asociados a Distimia en postulantes a la universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Dentro de las características personales estudiadas asociadas a Distimia las únicas que resultaron estadísticamente significativas, fueron la edad ($p = 0,049$) y el antecedente de trastorno mental ($p = 0,013$). El resto no fueron estadísticamente significativas. (*Tabla 07*)

Tabla 07: Asociación entre las características personales y la Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características Personales	Distimia N (%)		p^a
	No	Si	
Edad			
≥18 años	129 (24,2)	15 (38,5)	0,049**
< 18años	403 (75,8)	24 (61,5)	
Sexo			
Masculino	289 (54,2)	19 (48,7)	0,498**
Femenino	243 (45,8)	20 (51,3)	
Área			
Ciencias	268 (50,4)	20 (51,3)	0,334**
Letras	134 (25,2)	13 (33,3)	
Medicina	130 (24,4)	6 (15,4)	
Nº Postulaciones			
Ninguna	285 (53,6)	20 (51,3)	0,782**
1 a mas	247 (46,4)	19 (48,7)	
Lugar de Nacimiento			
Urbano	348 (65,4)	27 (69,2)	0,628**
Rural	184 (34,6)	12 (30,8)	
Lugar de Residencia			
Urbanización	198 (37,2)	10 (25,6)	0,147**
Rural	334 (62,8)	29 (74,4)	
Tipo de colegio			
Privado	186 (34)	14 (35,9)	0,906**
Publico	346 (65)	25 (64,1)	
Religión			
Practicante	350 (65,8)	25 (64,1)	0,830**
No practicante	182 (34,2)	14 (35,9)	
Situación laboral			
Trabaja	30 (5,6)	4 (10,3)	0,279*

No trabaja	502 (94,4)	35 (89,7)	
Antecedente de Trastorno Mental			
No	491 (92,3)	31 (79,5)	0,013*
Si	41 (7,7)	8 (20,5)	
Horas de sueño			
> 6 horas	227 (42,7)	14 (35,9)	0,409**
<= 6 horas	305 (57,3)	25 (64,1)	

***Exacta de Fisher/ **Chi2**

4.2. Factores Familiares asociados a Distimia en postulantes a la universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Dentro de las características familiares las que resultaron estadísticamente significativas fueron la relación sentimental de los padres ($p=0,042$), la convivencia con los padres ($p=0,035$), antecedente de un familiar con trastorno mental ($p=0,017$) y que un familiar hay intentado suicidarse o se suicidó ($p=0,004$). Otras características como la presencia de medios hermanos y la muerte de un familiar el último año no resultaron estadísticamente significativos. (*Tabla = 08*)

Tabla 08: Asociación entre las características familiares y la Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura.

Características Familiares	Distimia N (%)		p^a
	No	Si	
Relación Sentimental Padres			
Armónica	438 (82,3)	27 (69,2)	0,042*
No Armónica	94 (17,7)	12 (30,8)	
Medios Hermanos			
No	253 (47,6)	21 (53,9)	0,448**
Si	279 (52,4)	18 (46,2)	
Convivencia Padres			
Si	440 (82,7)	27 (69,2)	0,035**
No	92 (17,3)	12 (30,8)	
Muerte de Familiar en el último año			
No	338 (63,5)	21 (53,9)	0,227**
Si	194 (36,5)	18 (46,1)	
Familiar con Trastorno Mental			
No	474 (89)	29 (74,4)	0,017*
Si	58 (11)	10 (25,6)	
Familiar se suicidó o intento suicidarse			
No	459 (86,3)	27 (69,2)	0,004**
Si	73(13,7)	12 (30,8)	

***Exacta de Fisher/ **Chi2**

Análisis Inferencial y contratación de la hipótesis: Bivariado

Al análisis bivariado se encontró como factores personales y familiares asociados a distimia en postulantes a la Universidad nacional de Piura, con valores p significativos ($p < 0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se demuestra que existe factores personales asociados a distimia, como antecedente de trastorno mental ($p= 0,008$), además se encontró que aquellos cuyos padres tienen una relación no armónica tienen 2 veces más prevalencia de presentar Distimia, otras variables asociadas a este trastorno mental fueron el no vivir con sus padres ($p=0,039$), el tener un familiar con algún trastorno mental ($p=0,008$) y el que tengan un familiar que haya intentado suicidarse o se haya suicidado ($p=0,005$) (**tabla 09**)

Tabla 09: Factores personales y familiares asociados a Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

Características	Bivariado		
	RP	IC 95%	p*
Edad			
>= 18 años		Ref.	0.52
< 18 años	0.51	0.26 - 1.01	
Relación Sentimental Padres			
Armónica		Ref.	0,046
No Armónica	2.07	1.01 - 4.23	
Convivencia Padres			
Si		Ref.	0,039
No	2.12	1.03 - 4.35	
Familiar con Trastorno mental			
No		Ref.	0,008
Si	2.81	1.30 - 6.07	
Familiar se suicidó o intento suicidarse			
No		Ref.	0,005
Si	2.79	1.35 - 5.76	

Rp: razón de prevalencia

IC: intervalos de confianza de 95%

*Resultado de Regresión Logística

Nivel de significancia de 0,05

5. Factores Personales y Familiares asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.

En la **tabla 10** se muestra los factores asociados a Depresión mayor y Distimia y las razones de prevalencia Rp (con su respectivo intervalo de confianza al 95% y valores p estadísticamente significativos ($p < 0.05$)). Se encontró que la relación sentimental y convivencia con los padres, así como el antecedente de un familiar que intento o suicidarse o se suicidó estuvieron asociados a la presentación de Depresión Mayor y Distimia juntos, otras variables estudiadas como la edad, el sexo, el número de postulaciones, el tipo de colegio, el lugar de procedencia y residencia no se encontraron asociados. (**Tabla 10**)

Tabla 10: Factores asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura.

Características	Bivariado		
	RP	IC 95%	p*
Relación Sentimental Padres			
Armónica		Ref.	0,013
No Armónica	2,98	1,25 – 7,10	
Convivencia con los padres			
Si		Ref.	0,003
No	3,71	1,58 – 8,72	
Familiar se suicidó o intento suicidarse			
No		Ref.	0,009
Si	3,26	1,33 – 7,95	

Rp: razón de prevalencia

IC: intervalos de confianza de 95%

*Resultado de Regresión Logística

Nivel de significancia de 0,05

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En un mundo de globalización en donde se presenta el paradigma de la posmodernidad, el tener un título profesional se vuelve cada vez más selectivo y competitivo, la educación superior es vista por los adolescentes y sus familiares como un medio fundamental para alcanzar sus metas de realización personal (36). De este modo, la necesidad de obtener resultados satisfactorios puede convertirse en un factor estresante para afectar su salud mental y generar serios trastornos mentales.

En este sentido, la presente investigación tuvo como uno de sus objetivos determinar la prevalencia de Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura, pudiéndose identificar una prevalencia de Depresión Mayor de 18,0% la cual podría considerarse relativamente alta en comparación con otros estudios nacionales como el caso de Vargas M. et al (10), que reportó una prevalencia de 13,5% en estudiantes de 7 departamentos del Perú, Torrel M. et al (21) encontró que el 11,4% de adolescentes de 15 y 18 años de Tumbes presentó Depresión Mayor. Sin embargo también puede considerarse baja a la encontrada en un estudio realizado por Sandoval – Ato. et al (11) en estudiantes de nivel secundaria de Piura, en el que se encontró una prevalencia de 20,4%. Estas diferencias podría deberse al uso de diferentes instrumentos de evaluación de la Depresión Mayor, así como, a pesar que los estudios fueron hechos en grupos etarios parecidos, este es el primero que se realiza en postulantes a una Universidad Pública del Perú.

Otro problema de salud mental que también fue estudiado es la distimia, trastorno afectivo común, asociado a una gran brecha diagnóstica y terapéutica, con una prevalencia mundial de 1,53% (37) y 1,7% en América Latina y el Caribe (38). En este estudio se encontró una prevalencia de distimia relativamente alta de 6,8% en comparación con los pocos estudios realizados a nivel nacional en población adulta, como el caso de Fiestas F. et al (39) que encontró una prevalencia de vida en 5 ciudades del Perú de 0,6%.

Dentro del grupo de postulantes evaluados, se encontró una prevalencia de 34,2% de estudiantes que presentan sintomatología depresiva que si bien es cierto no cumplen criterios para depresión mayor y no son parte de los objetivos del estudio, es muy importante destacar, ya que en su mayoría esta no se diagnostica o no se trata, a pesar de un riesgo elevado de adversidad futura (40).

La depresión se ha convertido en un serio problema de salud pública, no obstante esta se puede prevenir y tratar. Una mejor comprensión de qué es la depresión y de cómo puede prevenirse y tratarse contribuirá a reducir la estigmatización asociada a la enfermedad y conllevará un aumento del número de personas que reciban ayuda (41).

En este sentido, otro de los objetivos de este estudio fue identificar los factores asociados a Depresión Mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura, encontrándose que dentro de los factores personales asociados se encuentra el sexo femenino. En este estudio, el ser mujer aumentó 1,9 veces más la prevalencia de tener depresión mayor, lo que coincide con casi la totalidad de literatura a nivel mundial que pretende identificar la causa de esta diferencia con respecto al sexo opuesto, una reciente revisión sistemática sugiere que esta diferencia está ligada a las diferencias en el circuito neurohormonal que contribuye a una mayor vulnerabilidad a la depresión en las mujeres, asociado a otros múltiples factores sociales, culturales y económicos (42). Sin embargo esto no solo tiene una explicación anatómico funcional, sino también factores económicos, culturales y sociales. Otras investigaciones a nivel nacional también avalan lo encontrado en este estudio como Rivera R. et al (20) y Sandoval Ato. et al (11).

La proporción de postulantes con depresión fue mayor en los que provienen de las escuelas públicas en comparación con las escuelas privadas en este estudio. Esta diferencia podría explicarse debido a que los estudiantes de escuelas públicas podrían estar sometidos a mayor estrés al momento de postular para obtener una vacante en una universidad pública. Por diversos factores entre ellos el nivel socioeconómico aumentando la presión ante los resultados en un examen de admisión, por otro lado puede deberse a factores relacionados con el colegio de procedencia, así como a la falta de un entorno de apoyo y sobre todo de falta de conocimiento y cultura de medios de promoción y prevención que también podrían desempeñar un papel en la una mayor prevalencia de depresión entre los que asisten a colegios públicos. Esto concuerda con lo encontrado por Singh MM. et al (43) en adolescentes de la India. Sin embargo Kaur Shukla. et al (44), contradice estos hallazgos, encontrando que la depresión es tres veces mayor entre los adolescentes que estudian en escuelas privadas. Esto podría atribuirse al hecho de que, en la India, la cultura de estudio es más competitiva y agitada en las escuelas privadas en comparación con las gubernamentales, lo que genera mayor estrés entre los estudiantes y, a largo plazo, puede llevar indirectamente a la depresión. Un estudio nacional no

encontró asociación significativa en cuanto al tipo de colegio y la presencia de depresión (45).

La influencia del entorno familiar también evaluado en este estudio, en el cual se encontró que una relación no armónica entre los padres y el no convivir con uno o ambos padres aumentó 2,3 y 1,6 veces respectivamente el riesgo de presentar Depresión mayor. Dichos hallazgos concuerdan con lo reportado en diversos estudios que demostraron que una estructura familiar nuclear se asocia con menos niveles de depresión y estructuras familiares monoparentales, reconstruidas o sin la presencia de sus padres, presentan asociaciones significativas con la sintomatología depresiva (20) (21) (11).

Respecto a nuestra población, los postulantes a la Universidad Nacional de Piura, se puede inferir que la mayor disfuncionalidad familiar y lejanía física en especial de los padres podría implicar una menor tasa de apoyo en cuanto al momento de postular para obtener una vacante, sobre todo de los postulantes de la zona rural que en busca de lograr una carrera profesional tienen que vivir solos o con familiares poco cercanos, aumentando el estrés y por ende un mayor riesgo de padecer depresión y/o distimia.

En nuestro estudio se encontró que el antecedente de un familiar cercano con trastorno mental aumentó el riesgo de depresión. El componente genético ha sido ampliamente estudiado demostrándose que entre los familiares de primer grado de un paciente con depresión mayor (padres y hermanos, 50% de genes compartidos) existe un aumento importante de la prevalencia de esta patología (15%) respecto a la observada entre la población general (5,4%) (46). Variables como el antecedente de muerte de un familiar cercano también aumentó el riesgo de presentar depresión y/o distimia en este estudio.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio son importantes, ya que muestran la realidad de una población poco estudiada y vulnerable como son los adolescentes postulantes a la Universidad Nacional de Piura, lo que deja entrever el significativo problema de salud mental que tienen desde antes de la vida universitaria, que podría afectar en gran manera su entorno actual y futuro. Por lo que debería tomarse como un precedente para realizar nuevas y profundas investigaciones sobre el tema.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

- Existe una alta prevalencia de Depresión mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura en el 2019.
- Existe una alta prevalencia de Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú en el 2019.
- Los factores personales asociados a Depresión mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura, son: ser de sexo femenino, el proceder de colegio público y la presencia de distimia.
- Los factores familiares asociados a Depresión Mayor en postulantes a la Universidad Nacional de Piura, son la relación sentimental no armónica de los padres, el no vivir con uno o ambos padres, la muerte de un familiar cercano en el último año, la presencia de un familiar con algún trastorno mental y el antecedente de problemas de conducta en un familiar cercano.
- Uno de los factores personales asociados a Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura es la edad menor de 18 años.
- Los factores familiares asociados a Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura son la relación sentimental no armónica de los padres, el no vivir con uno o ambos padres, la presencia de un familiar con algún trastorno mental y el antecedente de conducta en un familiar cercano.
- Los factores personales y familiares asociados a Depresión Mayor y Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura, son la son la relación sentimental no armónica de los padres, el no vivir con uno o ambos padres y el antecedente de conducta en un familiar cercano.

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados de este trabajo en la institución estudiada, a fin que implemente estrategias de asesoría psicológica para los postulantes a la Universidad Nacional de Piura.
- Incentivar a las autoridades de la institución estudiada a promover estrategias para una mejora de la salud mental de los postulantes que involucren también a sus familiares.
- Apoyar medidas de promoción de la salud mental que incluyan charlas educativas respecto al tema, folletos y afiches que reflejen la importancia del conocimiento de los principales trastornos mentales, destacando medidas de prevención y formas de solicitar ayuda profesional.
- Realizar otras investigaciones en el tema, que incluyan otros factores que pueden estar involucrados en la presencia de depresión como: antecedentes de maltrato en la infancia, violencia intrafamiliar, ser víctima de desastres naturales, y / o uso de sustancias (Tabaco, alcohol y drogas ilícitas).
- Realizar estudios que incluyan otros problemas mentales importantes como Trastorno de Ansiedad Generalizada, ideación suicida, fobias entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud mental del adolescente [Internet]. [citado 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Depresión [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. PAHONMH17005-spa.pdf [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
4. DSM-5 [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
5. Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2015;54(1):37-44.e2.
6. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. [Prevalence of major depression in France in the general population and in specific populations from 2000 to 2018: A systematic review of the literature]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 21 de enero de 2019;
7. Agudelo Martínez A, Ante Chaves C, Torres de Galvis Y. FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR, MEDELLÍN (COLOMBIA), 2012. *CES Psicol* [Internet]. junio de 2017 [citado 1 de febrero de 2019];10(1):21-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-30802017000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=es
8. Aguirre-Flórez DC, Castaño-Castrillón JJ, Cañón SC, Marín-Sánchez DF, Rodríguez-Pabón JT, Rosero-Pantoja LÁ, et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev Fac Med* [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 17 de febrero de 2019];63(3):419-29. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44205>
9. Baader M T, Rojas C C, Molina F JL, Gotelli V M, Alamo P C, Fierro F C, et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes

- universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 17 de febrero de 2019];52(3):167-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Vargas M, Talledo-Ulfe L, Heredia P, Quispe-Colquepisco S, Mejia CR. Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 1 de febrero de 2019];47(1):32-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745017300239>
 11. Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, Mejia CR, Caballero Alvarado J, Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, et al. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. abril de 2018 [citado 1 de febrero de 2019];89(2):208-15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062018000200208&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. 9789243506029_spa.pdf [Internet]. [citado 1 de febrero de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
 13. Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions | *International Journal of Epidemiology* | Oxford Academic [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/43/2/318/676247>
 14. RJ N° 355-2017.pdf [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/normatividad/resoluciones/RJ%20N%C2%BA%20355-2017.PDF>
 15. Cairns KE, Yap MBH, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord* [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 17 de febrero de 2019];169:61-75. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714004820>

16. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1 de marzo de 2013 [citado 1 de febrero de 2019];47(3):391-400. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395612003573>
17. Ebert DD, Buntrock C, Mortier P, Auerbach R, Weisel KK, Kessler RC, et al. Prediction of major depressive disorder onset in college students. *Depress Anxiety*. 6 de diciembre de 2018;
18. Zhang Y, Peters A, Bradstreet J. Relationships among sleep quality, coping styles, and depressive symptoms among college nursing students: A multiple mediator model. *J Prof Nurs Off J Am Assoc Coll Nurs*. agosto de 2018;34(4):320-5.
19. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. febrero de 2014 [citado 17 de febrero de 2019];7(1):14-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Rivera C. R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M, Rivera C. R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. junio de 2018 [citado 1 de febrero de 2019];56(2):117-26. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272018000200117&lng=es&nrm=iso&tlng=e
21. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *Cienc Desarro* [Internet]. 9 de agosto de 2016 [citado 1 de febrero de 2019];17(1):47-53. Disponible en: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1102>
22. Quiñones-Laveriano DM, Espinoza-Chiong C, Scarsi-Mejia O, Rojas-Camayo J, Mejia CR. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 [citado 1 de febrero de 2019];45(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80648398006>

23. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*. diciembre de 2006;163(12):2141-7.
24. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 2011;68(1):90-100.
25. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. junio de 2005;62(6):593-602.
26. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. mayo de 2014;71(5):573-81.
27. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV dis... - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=20124111>
28. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. septiembre de 2009;70(9):1219-29.
29. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2009;26(3):279-88.
30. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet Lond Engl*. 17 de marzo de 2012;379(9820):1045-55.
31. Depression in children and young people: identification and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>

32. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder [Internet]. American Psychiatric Association Publishing; 2018 [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615371969>

33. Guía de práctica clínica para el tratamiento de depresión en adultos.pdf [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrador%2C%20editor/publicaciones/2018-09-17/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20el%20tratamiento%20de%20depresi%C3%B3n%20en%20adultos.pdf>

34. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>

35. Vivar DR. Validación de la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. 2005;7.

36. Carter-Thuillier B, Moreno Doña A. Globalización económica, postmodernidad y sistema educativo: contradicciones y alternativas desde una Educación Física crítica. Estud Pedagógicos Valdivia [Internet]. 2017 [citado 7 de marzo de 2019];43(3):103-17. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-07052017000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

37. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet [Internet]. 15 de diciembre de 2012 [citado 7 de marzo de 2019];380(9859):2163-96. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61729-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61729-2/abstract)

38. Maricel, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Argentina - Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 7

- de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=236
39. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. enero de 2014 [citado 7 de marzo de 2019];31(1):39-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 40. Alaie I, Philipson A, Ssegonja R, Hagberg L, Feldman I, Sampaio F, et al. Uppsala Longitudinal Adolescent Depression Study (ULADS). *BMJ Open* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 5 de marzo de 2019];9(3):e024939. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e024939>
 41. OMS | Aspectos esenciales de la campaña [Internet]. WHO. [citado 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>
 42. Hormonal regulation of circuit function: sex, systems and depression | *Biology of Sex Differences* | Full Text [Internet]. [citado 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://bsd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13293-019-0226-x#main-content>
 43. Singh MM, Gupta M, Grover S. Prevalence & factors associated with depression among schoolgoing adolescents in Chandigarh, north India. *Indian J Med Res* [Internet]. 2 de enero de 2017 [citado 7 de marzo de 2019];146(2):205. Disponible en: <http://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2017;volume=146;issue=2;spage=205;epage=215;aulast=Singh;type=0>
 44. Factors associated with depression among school-going adolescent girls in a District of Northern India: A cross-sectional study Shukla M, Ahmad S, Singh JV, Shukla NK, Shukla R - *Indian J Psychol Med* [Internet]. [citado 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.ijpm.info/article.asp?issn=0253-7176;year=2019;volume=41;issue=1;spage=46;epage=53;aulast=Shukla#ref27>

45. Flores Palian N, Perales Rojas Y, Gómez Gonzales W. Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014. *Ágora Rev Científica* [Internet]. 15 de junio de 2016 [citado 26 de febrero de 2019];3(1):10. Disponible en: <http://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/50>
46. 14-76-ESP-70-83-680417.pdf [Internet]. [citado 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Solicitud de autorización de Academia Exitus

“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”

Solicito: permiso para realización
de trabajo de investigación

Sr.

Profesor Walter Guerrero Silva

Director de Academia preuniversitaria “Exitus”

Yo, Neidy Melendres Huamán, identificada con DNI N° 48077759, alumna del 6to año de la carrera de Medicina Humana de la Universidad nacional de Piura, ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que deseando realizar el trabajo de investigación titulado: “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÚ, 2019”

Recurro a su despacho con el fin que brinde autorización para realizar una pequeña encuesta a los estudiantes de su institución, la encuesta es anónima y se realizará previo consentimiento de los participantes.

Por lo expuesto

Ruego a Usted tenga a bien acceder a mi solicitud por ser de justicia

Piura, ____ de Enero del 2019

Neidy Melendres Huamán

DNI N° 48077759

ANEXO 2: Consentimiento informado de los padres o tutores encargados

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES O TUTORES ENCARGADOS

El presente trabajo de investigación: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÙ, 2019**. Realizado por el Inv. Neidy Melendres Huamán con DNI N°48077759 en coordinación y asesoría del médico especialista.

OBJETIVO: El objetivo de la presente investigación es *Identificar la prevalencia y factores asociados a Depresion mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019*.

JUSTIFICACIÓN Y BENEFICIOS: La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años. Prevenir o retrasar estos trastornos puede contribuir a una mayor reducción de la carga de la enfermedad y los costos económicos asociados con los trastornos depresivos. Es por ello que su identificación temprana contribuirá a la creación de estrategias dirigidas a fortalecer los factores de protección y mejorar las alternativas a los comportamientos de riesgo.

PROCEDIMIENTO: Los datos serán recogidos por medio de una encuesta que deberán responder los estudiantes.

RIESGOS: su ejecución no representa ningún riesgo físico para los estudiantes, los datos se recogerán de manera anónima, guardando la más estricta confidencialidad y se referirá mediante un registro exclusivo del trabajo de investigación.

Yo, _____ como _____ (Ej. Padre, madre, tía, hermano, etc.) del estudiante, después de haber sido informado sobre el trabajo de investigación comprendo que no representa riesgos para la salud y tampoco implica transgresiones al honor, por lo que autorizo la participación de los mismos.

Por tanto, presto conformidad para que mi _____ (Ej. Hijo, sobrino, hermano, etc) participe en el estudio.

.....

Nombre:

DNI:

Neidy Melendres Huamán

Investigadora responsable

ANEXO 3: consentimiento informado de los profesores de cada aula

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS TUTORES DE CADA AULA

El presente trabajo de investigación: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÙ, 2019.** Realizado por el Inv. Neidy Melendres Huamán con DNI N°48077759 en coordinación y asesoría del médico especialista.

OBJETIVO: El objetivo de la presente investigación es *Identificar la prevalencia y factores asociados a Depresion mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.*

JUSTIFICACIÓN Y BENEFICIOS: La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años. Prevenir o retrasar estos trastornos puede contribuir a una mayor reducción de la carga de la enfermedad y los costos económicos asociados con los trastornos depresivos. Es por ello que su identificación temprana contribuirá a la creación de estrategias dirigidas a fortalecer los factores de protección y mejorar las alternativas a los comportamientos de riesgo.

PROCEDIMIENTO: Los datos serán recogidos por medio de una encuesta que deberán responder los estudiantes.

RIESGOS: su ejecución no representa ningún riesgo físico para los estudiantes, los datos se recogerán de manera anónima, guardando la más estricta confidencialidad y se referirá mediante un registro exclusivo del trabajo de investigación.

Yo _____ como profesor encargado de los estudiantes del aula N° _____-después de haber sido informado sobre el trabajo de investigación comprendo que no representa riesgos para la salud y tampoco implica transgresiones al honor de los estudiantes, por lo que autorizo la participación de los mismos.

Por tanto, presto conformidad para que los estudiantes participen en el estudio.

Nombre:

DNI:

Neidy Melendres Huamán

Investigadora responsable

ANEXO 4: consentimiento informado de los estudiantes con edad mayor igual a 18 años

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS ESTUDIANTES

El presente trabajo de investigación: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÙ, 2019.** Realizado por el Inv. Neidy Melendres Huamán con DNI N°48077759 en coordinación y asesoría del médico especialista.

OBJETIVO: El objetivo de la presente investigación es *Identificar la prevalencia y factores asociados a Depresion mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura – Perú, 2019.*

JUSTIFICACIÓN Y BENEFICIOS: La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años. Prevenir o retrasar estos trastornos puede contribuir a una mayor reducción de la carga de la enfermedad y los costos económicos asociados con los trastornos depresivos. Es por ello que su identificación temprana contribuirá a la creación de estrategias dirigidas a fortalecer los factores de protección y mejorar las alternativas a los comportamientos de riesgo.

PROCEDIMIENTO: Los datos serán recogidos por medio de una encuesta que Ud. responderá, si acepta participar de este estudio.

RIESGOS: su ejecución no representa ningún riesgo físico para usted, los datos se recogerán de manera anónima, guardando la más estricta confidencialidad y se referirá mediante un registro exclusivo del trabajo de investigación.

Yo, estudiante con código N°:.....; Después de haber sido informado sobre el trabajo de investigación comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mis cuidados de atención de salud.

Por tanto, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

.....

Participante

Neidy Melendres Huamán

Investigadora responsable

ANEXO 5: Asentimiento informado para los estudiantes con edad menor de 18 años

ASENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÙ, 2019.** Realizado por el Inv. Neidy Melendres Huamán con DNI N°48077759 en coordinación y asesoría del médico especialista.

El presente estudio no representa ningún riesgo físico para tu salud, toda la información que se recoja en la actividad serán totalmente privados. Además, los datos que entregues serán totalmente confidenciales y sólo se usarán para el proyecto de investigación.

Para que puedas participar, tus padres u otra persona responsable de ti que sea mayor de edad debió haber firmado un consentimiento informado, pero aunque ellos estén de acuerdo en tu participación, tú puedes decidir libre y voluntariamente si deseas participar.

Yo, estudiante con código N°:.....; Después de haber sido informado sobre el trabajo de investigación y que MI TUTOR autorice mi participación, comprendo que mi participación es libre y voluntaria, y que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mi de ningún modo.

Por tanto, acepto libremente participar del estudio.

.....

Firma del Participante

Neidy Melendres Huamán

Investigadora responsable

DNI: 48077759

CU: 0902013031

ANEXO 6: Encuesta estructurada para los estudiantes con edad menor de 18 años

ENCUESTA 1:

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÙ, 2019”

Estimado estudiante: Su participación en esta investigación es voluntaria. Con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos. Por favor, lea bien las indicaciones y no deje nada sin responder. Si tiene alguna duda durante el desarrollo, realícela a los encuestadores.

MODULO 1: CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES

Marca con una X según corresponda

1. Código de estudiante: _____
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Edad: _____ años cumplidos.
4. Carrera a la que postula: _____
5. Número de veces que ha postulado a la UNP _____
6. Lugar de nacimiento: Rural (*Ej. Huancabamba, Ayabaca, etc*) () Urbano (*Ej. Piura, Lima, etc*) ()
7. Lugar donde vive actualmente: Asentamiento Humano () Urbanización ()
8. Tipo de colegio que estudio su secundaria: Público () Privado () Ambos ()
9. Relación sentimental con su pareja: armónica () No armónica () No tengo ()
10. Estado civil: Soltero (a) () Casado (a) () divorciado (a) () Viudo (a) () conviviente ()
11. Religión: practicante () No practicante ()
12. Horas aproximadas que duerme: _____
13. Situación laboral: Trabaja () No trabaja ()
14. ¿Con quiénes convive en la casa actualmente?: (*Con quién vive en la ciudad en la que estudia*) (*Puede dar más de una respuesta*).
Solo padre () solo madre () padre y madre () Hermano/a(s) () Cónyuge ()
Amigo/a(s) () Solo () Otros: _____
15. ¿Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades?: Depresión Mayor () Ansiedad ()
Distimia ()
Otros _____
16. Ingreso mensual familiar aproximado:
< 500 soles () 500 – 750 () >750 ()
17. Situación laboral de su padre: Trabaja () No trabaja ()
18. Situación laboral de su madre: Trabaja () No trabaja ()
19. Relación sentimental de sus padres: Armónica () No armónica ()
20. ¿tiene hermanastros? Si () No ()
21. Estado civil de sus padres: Casados () Convivientes () Divorciados ()
22. Muerte de algún familiar en el último año: Si () No ()
23. Muerte de algún amigo cercano en el último año: Si () No ()
24. Presenta un familiar con diagnóstico y tratamiento de un trastorno mental como depresión mayor, distimia, ansiedad, esquizofrenia u otro: Si () No () desconoce ()
25. Algún familiar suyo alguna vez:
Se quitó la vida () Intentó quitarse la vida () Ninguno ()
26. Algún amigo o conocido:

Se quitó la vida () Intentó quitarse la vida () Ninguno ()

MODULO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE BIRLESON MODIFICADA

Por favor responde honestamente como te has sentido LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS y marca con una X según corresponda

	Siempre	A Veces	Nunca
1-Las cosas me gustan, me interesan tanto como antes			
2-Duermo muy bien.			
3-Me dan ganas de llorar.			
4-Me gusta salir con mis amigos			
5-Me gustaría escapar, salir corriendo.			
6-Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
7-Tengo ganas para hacer las cosas.			
8-Disfruto la comida.			
9-Puedo defenderme por mí mismo.			
10-Pienso que no vale la pena vivir.			
11-Soy bueno para las cosas que hago.			
12-Me molesto y me irrito por cualquier cosa			
13-Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
14-Me he vuelto olvidadizo y/o distraído.			
15-Tengo sueños horribles.			
16-Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.			
17-Me siento muy solo.			
18-Puedo alegrarme fácilmente.			
19-Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
20-Me siento muy aburrido.			
21-Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.			
Total			

MODULO 3: ESCALA CEI – 10 PARA DISTIMIA:

Lea bien las indicaciones y encierre en un círculo según corresponda:

- Si la pregunta **B1** es **NO**, ya no debe seguir contestando. Si es **SI**, **continuar**.
 - Si la pregunta **B2** es **NO**, ya no debe seguir contestando. Si es **SI**, **continuar**
- NOTA:** la pregunta **B2** se refiere si **durante 60 días o más tiempo**, Ud. ha estado completamente bien, sin días o semanas con angustia o depresión).

B1	¿En el último año se ha sentido triste, desanimado (a) o deprimido (a) la mayor parte del tiempo?	NO	SI
B2	¿Durante ese tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SI
B3	DURANTE ESTE TIEMPO EN EL QUE SE SENTIÓ DEPRIMIDO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:		
	a) ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SI

	b) ¿tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI
	c) ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI
	d) ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI
	e) ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI
	f) ¿Tuvo sentimiento de desesperanza?	NO	SI
	¿CODIFICÓ SI EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SI
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con tus estudios y/o trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI
	¿CODIFICO SI EN B4?	NO	SI
		TRASTORNO DISTIMICO	

ANEXO 7: Encuesta para los estudiantes con edad mayor igual a 18 años

ENCUESTA 2:

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y/O DISTIMIA EN POSTULANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – PERÙ, 2019”

Estimado estudiante: Su participación en esta investigación es voluntaria. Con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos. Por favor, lea bien las indicaciones y no deje nada sin responder. Si tiene alguna duda durante el desarrollo, realícela a los encuestadores.

MODULO 1: CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES

Marca con una X según corresponda

1. Código de estudiante _____
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Edad: _____ años cumplidos.
4. Carrera a la que postula: _____
5. Número de veces que ha postulado a la UNP _____
6. Lugar de nacimiento: Rural (*Ej. Huancabamba, Ayabaca, etc*) () Urbano (*Ej. Piura, Lima, etc*) ()
7. Lugar donde vive actualmente: Asentamiento Humano () Urbanización ()
8. Tipo de colegio que estudio su secundaria: Público () Privado () Ambos ()
9. Relación sentimental con su pareja: armónica () No armónica () No tengo ()
10. Estado civil: Soltero (a) () Casado (a) () divorciado (a) () Viudo (a) () conviviente ()
11. Religión: practicante () No practicante ()
12. Horas aproximadas que duerme: _____
13. Situación laboral: Trabaja () No trabaja ()
14. ¿Con quiénes convive en la casa actualmente?: (*Con quién vive en la ciudad en la que estudia*) (*Puede dar más de una respuesta*).
Solo padre () solo madre () padre y madre () Hermano/a(s) () Cónyuge ()
Amigo/a(s) () Solo () Otros: _____
15. ¿Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades?: Depresión Mayor () Ansiedad () Distimia ()
Otros _____
16. Ingreso mensual familiar aproximado:
< 500 soles () 500 – 750 () >750 ()
17. Situación laboral de su padre: Trabaja () No trabaja ()
18. Situación laboral de su madre: Trabaja () No trabaja ()
19. Relación sentimental de sus padres: Armónica () No armónica ()
20. ¿tiene hermanastros? Si () No ()
21. Estado civil de sus padres: Casados () Convivientes () Divorciados ()
22. Muerte de algún familiar en el último año: Si () No ()
23. Muerte de algún amigo cercano en el último año: Si () No ()
24. Presenta un familiar con diagnóstico y tratamiento de un trastorno mental como depresión mayor, distimia, ansiedad, esquizofrenia u otro: Si () No () desconoce ()
25. Algún familiar suyo alguna vez:
Se quitó la vida () Intentó quitarse la vida () Ninguno ()
26. Algún amigo o conocido:
Se quitó la vida () Intentó quitarse la vida () Ninguno ()

MODULO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN MAYOR DE HAMILTON***Marque con una X según corresponda***

	Nada	Un poco	Regular-moderado	Mucho	Sumamente o demasiado
1. ¿Cómo está usted de deprimido?					
2. ¿Se siente culpable de las cosas que ha hecho o pensado?					
3. ¿Ha perdido interés en su trabajo, o estudios o pasatiempos?					
4. ¿Le parece es usted más lento(a) que su velocidad habitual?					
5. ¿Se siente ansioso(a), angustiado(a) o tenso(a)?					
6. ¿Le preocupa que podría padecer una enfermedad grave como cáncer o venérea?					

7. ¿Ha perdido peso recientemente aparte de las dietas?					
8. ¿Le cuesta más tiempo dormirse?					
	No	A veces	Siempre		
9. ¿Duerme a ratos o se despierta a menudo?					
10. ¿Se despierta antes de lo habitual y luego no puede conciliar el sueño?					
11. ¿Sufre algún síntoma físico?					
12. ¿Ha perdido interés en el sexo?					
13. ¿Está peor temprano por las mañanas pero mejora a medida que pasa el día?					
	Si	No			
14. ¿Le encuentra sentido a la vida?					
15. ¿Ha pensado en poner fin a todo?					
16. ¿Ha hecho planes para quitarse la vida?					
17. ¿Ha intentado o intenta quitarse la vida?					

MODULO 3: ESCALA CEI – 10 PARA DISTIMIA:**Lea bien las indicaciones y encierre en un círculo según corresponda:**

- Si la pregunta **B1** es **NO**, ya no debe seguir contestando. Si es **SI**, continuar.
- Si la pregunta **B2** es **NO**, ya no debe seguir contestando. Si es **SI**, continuar

NOTA: la pregunta **B2** se refiere si **durante 60 días o más tiempo**, Ud. ha estado completamente bien, sin días o semanas con angustia o depresión).

B1	¿En los últimos dos años se ha sentido triste, Desanimado (a) o deprimido (a) la mayor parte del tiempo?	NO	SI
B2	¿Durante ese tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SI
B3	DURANTE ESTE TIEMPO EN EL QUE SE SINTIÓ DEPRIMIDO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:		
	a) ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SI
	b) ¿tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI
	c) ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI
	d) ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI
	e) ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI
	f) ¿Tuvo sentimiento de desesperanza?	NO	SI
	¿CODIFICÓ SI EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SI
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con tus estudios y/o trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI
	¿CODIFICÒ SI EN B4?	NO	SI
		TRASTORNO DISTIMICO	

ANEXO 08: FOTOS DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

FOTO 01: Solicitando permiso de los docentes de la Academia pre universitaria Exitus



Foto 2: Explicando el objetivo del estudio, llenado de la encuesta y firma del consentimiento informado.



FOTO 03: Entregando encuestas a los participantes



FOTO 04: Entregando encuestas a los participantes

